

NÁDIA FILIPA DA SILVA E SÁ

FUNCIONAMENTO FAMILIAR, ESTILOS EDUCATIVOS MATERNOS E VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS MATERNAS (AUTOCOMPAIXÃO, AUTOCRITICISMO E SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLOGICA)



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Área de Especialização em Terapias
Cognitivo- Comportamentais

COIMBRA, 2019



**FUNCIONAMENTO FAMILIAR, ESTILOS EDUCATIVOS
MATERNOS E VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS MATERNAS
(AUTOCOMPAIXÃO, AUTOCRITICISMO E SINTOMATOLOGIA
PSICOPATOLÓGICA)**

NÁDIA FILIPA DA SILVA E SÁ

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica
Área de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Sónia Simões, Professora Auxiliar, ISMT

Coimbra, setembro de 2019

Agradecimentos

Quero agradecer a todos aqueles que por diversas formas me ajudaram na conclusão desta etapa tão crucial na minha formação.

Em primeiro lugar, aos meus pais, à minha irmã e ao meu namorado, pelo apoio incondicional que demonstraram, por acreditarem em mim e por estarem sempre lá quando precisei.

À professora Doutora Sónia Simões, pela orientação, pela disponibilidade, pela paciência e motivação transmitida.

Às Mestres Cristiana Duarte e Diana Santos pela coorientação, pela motivação, pelas horas despendidas e pela palavra amiga.

Às 431 mães que aceitaram fazer parte deste estudo, não esquecendo todos aqueles que o partilharam de modo a chegar ao maior número de amostra possível.

À Filipa por ter agarrado este “projeto” comigo.

À Carolina, à Cláudia, à Rute e à Adriana, pela amizade.

A todos aqueles que não mencionei, mas que tiveram o seu contributo de forma direta ou indireta na minha formação ao longo destes 5 anos, não só enquanto futura profissional, mas sim e mais importante, como pessoa.

A todos vós dedico este trabalho!

Resumo

Objetivos: Examinar as associações entre funcionamento familiar, estilo educativo materno e variáveis psicológicas maternas (autocompaixão, autocrítico e sintomatologia psicopatológica); Estudar as diferenças no funcionamento familiar, no estilo educativo materno, na autocompaixão, no autocrítico e nos sintomas psicopatológicos em função das variáveis idade, habilitações literárias e história psiquiátrica da mãe, relação entre a mãe e o pai, tipo de família, percepção dos rendimentos familiares e idade do filho.

Metodologia: A amostra foi constituída por 431 mães ($M = 39,37$ anos; $DP = 5,47$; $Min. = 23$ e $Máx. = 59$ anos) que aceitaram responder ao protocolo do estudo composto por: Questionário Sociodemográfico; Índice de Parentalidade autorizada (API); *Systemic Clinical Outcome Routine Evolution* (SCORE-15); Escala de Autocompaixão (SELFCS); Escala das Formas do Autocrítico e Autotranquilização (FSCRS) e Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI).

Resultados: Os principais resultados sugerem que um pior funcionamento familiar associou-se positivamente com a sintomatologia psicopatológica materna, com o autocrítico materno e negativamente com um estilo educativo materno (menor aceitação e controlo) e menor autocompaixão materna. Por seu lado, um estilo educativo materno caracterizado por aceitação apresentou uma associação positiva com a autocompaixão materna e negativa com o autocrítico e com a sintomatologia psicopatológica materna. Já o controlo materno correlacionou-se positivamente apenas com a subescala eu tranquilizador. Ainda se confirmou que a sintomatologia psicopatológica se relacionou de forma positiva com o autocrítico e, de forma negativa, com a autocompaixão. Destaca-se, também, que mães sem história psiquiátrica, que têm uma relação boa/muito boa com o pai do filho e com rendimentos e habilitações literárias mais elevados são mais autocompassivas e menos autocríticas e têm um melhor funcionamento familiar. Por fim, as famílias nucleares evidenciam maior aceitação materna e menos problemas de comunicação familiar.

Conclusão: Visto que o funcionamento familiar e o estilo educativo materno (aceitação) se relacionam entre si e, em paralelo, se relacionam com as variáveis maternas estudadas (autocrítico, autocompaixão e sintomas psicopatológicos), é pertinente ter estes dados em consideração nos programas de prevenção e intervenção junto de famílias.

Palavras-chave: funcionamento familiar, estilo educativo materno: aceitação e controlo maternos, autocompaixão, autocrítico, sintomas psicopatológicos

Abstract

Objectives: Exam the associations between family function, maternal rearing style and maternal psychological variables (self-compassion, self-criticism and psychopathological symptomatology); Study the differences in family function, maternal rearing style, self-compassion, self-criticism, and psychopathological symptoms, depending on the variables mother age, academic qualifications and psychiatric history, relationship between mother and father, family type, perception of family income, and age of the child.

Method: This sample was composed by 431 mothers ($M = 39.37$ years; $SD = 5.47$; $Min.-Max. = 23 - 59$ years), who agreed to respond to the study protocol consisting of: Sociodemographic Questionnaire; The Authoritative Parenting Index (API); Systemic Clinical Outcome Routine Evolution (SCORE-15); Self-Compassion Scale (SELFCS); Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale (FSCRS) and Brief Symptom Inventory (BSI).

Results: The principal results suggest that poor family functioning was positively associated with maternal psychopathological symptomatology, maternal self-criticism and negatively with a maternal rearing style (less acceptance and control), as well as less maternal self-compassion. We also found that a maternal rearing style characterized by acceptance was positively associated with maternal self-compassion and negatively with maternal self-criticism and maternal psychopathological symptomatology. On the other hand, maternal control positively correlated only with the subscale self-reassuring of self-criticism. It was also confirmed that psychopathological symptoms were positively related to self-criticism and, negatively, to self-compassion. It is also noteworthy that mothers without psychiatric history, who have a good/very good relationship with the father of the child and with higher income and literacy qualifications, are more self-compassionate and less self-critic and have a better family functioning. Finally, nuclear families show greater maternal acceptance and less family communication problems.

Conclusion: Since family functioning and the maternal educational style (acceptance) are related to each other and, in parallel, related to the maternal variables studied (self-criticism, self-compassion and psychopathological symptoms), it's pertinent to take these data into account in the prevention and intervention programs with families.

Keywords: Family function, maternal rearing style, maternal acceptance and control, self-compassion, self-criticism, psychopathological symptoms

Introdução

O conceito de *família* é descrito por diversos autores como uma base importante da vida social, um processo de interação e de integração dos seus elementos, onde são estabelecidas relações intrafamiliares e extrafamiliares (Alarcão, 2002; Dias, 2000). Sendo o primeiro contexto de socialização que a criança conhece, a família assume um papel importante no desenvolvimento da sua personalidade. Uma vez que grande parte de si é construída através de vivências no seu meio familiar, nomeadamente nas relações com os pais e irmãos, pressupõe-se que estas experiências possam ter influência nas relações sociais posteriores das crianças (Fernandes, Alarcão, & Raposo, 2007)

Para Minuchin (1982) os elementos na família pertencem a diferentes subsistemas, com distintas funções, níveis de poder e onde é possível adquirirem diversas habilidades. Segundo Relvas (1996) podemos encontrar fundamentalmente quatro subsistemas: o subsistema individual que é composto pelo indivíduo; o subsistema conjugal, composto por marido e mulher; o subsistema parental em que a sua composição pode variar, podendo ser constituído pelos progenitores mas também por outros elementos (e.g., padrasto) e, por último, o subsistema fraternal que é constituído por irmãos. Cada subsistema opera segundo as suas funções e limites, que definem quem participa e como, sendo necessário para um funcionamento apropriado da família, limites claros nas fronteiras dos subsistemas (Minuchin, 1982). A organização e as relações que são estabelecidas entre os diferentes subsistemas correspondem à estrutura familiar (Relvas, 1996).

No que concerne ao funcionamento familiar, ao longo do tempo a família atravessa um conjunto de etapas que requerem reestruturação, permitindo transformações no que toca à sua organização. A família necessitará de se adaptar a estas circunstâncias de forma a manter a sua organização e permitir a evolução a nível psicossocial de cada elemento (Alarcão, 2002; Minuchin, 1982; Relvas, 1996).

Stratton, Bland, Janes e Lask (2010) realçam 3 principais dimensões na avaliação do funcionamento familiar: os recursos, a comunicação e as dificuldades. De forma sucinta, os recursos dizem respeito a competências (e.g., rede de apoio familiar e social, flexibilidade e comunicação) que a família usa para ultrapassar eventos stressantes (Hobfoll & Spielberger, 1992; McCubbin, 1989). A comunicação está relacionada com trocas verbais e não-verbais, sendo que quanto mais habilidades de comunicação adquirir maior será a capacidade de adaptação e resolução de problemas. Quanto maior a abertura no meio familiar, maior a capacidade de compreensão e crescimento inter-relacional, sendo as crianças na fase da

adolescência as que mais beneficiarão com a qualidade da comunicação (Akhlaq, Malik, & Khan, 2013). Assim, todo o comportamento expressa comunicação, mesmo quando não é desejado ou consciente, tendo a capacidade de unir a família quando funcional ou afastar quando disfuncional (Alarcão, 2002). Relativamente às dificuldades, Alarcão (2002) evidencia dois tipos de pressão a que todas as famílias estão sujeitas, sendo estes, a pressão interna que se relaciona com as mudanças desenvolvimentais dos seus elementos e subsistemas, e a pressão externa que se refere à necessidade destes se adaptarem ao meio social. Para Minuchin (1982) o stresse no sistema familiar pode ser originado a partir de quatro situações: contacto de um membro da família com uma fonte stressante extrafamiliar (e.g., stresse no trabalho); contacto de toda a família com forças extrafamiliares (e.g., problemas económicos); stresse proveniente da transição do ciclo vital familiar (e.g., pais com filhos pequenos) e o stresse causado por situações particulares (e.g., aparecimento de doença crónica).

Segundo Vilaça, Silva e Relvas (2014) alguns instrumentos de avaliação do funcionamento familiar que objetivam a avaliação dos resultados da terapia familiar têm sido propostos, mas pouco usados, como consequência das limitações que apresentam, tais como a morosidade da sua aplicação. Assim sendo, uma equipa de terapeutas criou uma medida de avaliação, o SCORE - *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation* - que é sensível à mudança do funcionamento familiar, e identifica as dificuldades sentidas no meio familiar e avalia aspetos que possam mudar no funcionamento da mesma ao longo da terapia. Após alguns estudos no sentido de colmatar algumas limitações, e da redução e reformulação de questões, surge o SCORE-15 (Stratton et al., 2010).

No que concerne à composição familiar, fatores económicos, demográficos, políticos, culturais, sociais e tecnológicos tiveram uma forte influência nas alterações da dinâmica e estrutura familiar (Dias, 2000). Tais alterações são visíveis na diminuição da fecundidade, no número de famílias numerosas em consequência da diminuição do número médio de filhos, no aumento do número de famílias reconstituídas, devido ao aumento do número de divórcios e aumento das uniões de facto, originando assim novas conceções dos tipos de família (Dias, 2000). São inúmeros os autores que descrevem os mais variados tipos de família, sendo a seguinte tipologia a mais abordada: família nuclear, composta por dois adultos de sexo oposto e os seus filhos (biológicos ou adotados); família monoparental, constituída pelo pai ou mãe e os seus filhos, sendo este tipo de família consequência da viuvez, divórcio/separação ou opção dos progenitores (e.g., mães solteiras, recurso a técnicas medicamente assistidas); família alargada, composta por outros elementos da família (e.g., avós e tios) e família reconstituída, quando há uma nova união conjugal depois de divórcios ou separações, em que existem

descendentes fruto de casamentos ou ligações precedentes (Alarcão, 2002; Caniço, Bairrada, Rodriguez, & Carvalho, 2010; Dias, 2000).

No que diz respeito aos comportamentos parentais e relacionamento com os filhos existem dois conceitos abordados pela literatura, sendo estes as *práticas educativas parentais* e os *estilos educativos parentais*. Darling e Steinberg (1993) diferenciam estes conceitos, definindo as práticas educativas parentais como um conjunto de comportamentos definidos pelos educadores (como por exemplo, recompensas e punições) com o objetivo de atingir determinados objetivos em diferentes níveis. Os estilos educativos parentais são definidos como um conjunto de atitudes/práticas parentais, usadas em diferentes situações, e que favorecem o clima emocional, revelando-se em aspetos tais como tom de voz, linguagem corporal e humor (Darling & Steinberg, 1993).

Para Baumrind (1966, 1971, 1978) existem três estilos educativos parentais (democrático, autoritário e permissivo) que definem o tipo de relação entre os pais e os filhos. Estudos posteriores de Maccoby e Martin (1983) adaptaram esta classificação com base em duas dimensões relacionadas com o comportamento parental: controlo (exigência) e aceitação (responsividade). A dimensão controlo inclui atitudes parentais de controlo sobre o comportamento dos filhos e exigência de disciplina, já no que concerne à aceitação os pais expressam apoio, aceitação, afetividade e encorajamento. Maccoby e Martin (1983), nesta reorganização da tipologia, incluíram um quarto estilo educativo parental, o negligente.

No estilo democrático/autoritativo os pais exercem a sua prática equilibrando a exigência e a responsividade. Para além de estabelecerem regras e limites, reforçam as qualidades da criança, tendem a ser mais racionais e recetivos, encorajam a troca de ideias e estimulam a autonomia. Os pais autoritários são muito exigentes e pouco responsivos, tentam moldar o comportamento da criança de acordo com um padrão rígido de respeito pela autoridade. São mais exigentes e controladores, punindo de imediato a desobediência. Já os pais permissivos são responsivos e não exigentes. Relativamente às ações da criança este tipo de pais aceita e não pune, caracterizam-se também pela ausência de normas, permitindo que os filhos tenham independência. Por fim, os pais negligentes, não são responsivos nem exigentes. Não são afetuosos, não exigem responsabilidade, não se envolvem nas suas funções de parentalidade, respondem apenas a algumas necessidades básicas (e.g., comida e roupa), contribuindo pouco na vida dos filhos (Baumrind, 1966, 1971, 1978, 1991; Maccoby & Martin, 1983).

Neste sentido, o estilo educativo parental democrático/autoritativo é o ideal, uma vez que é o estilo que melhor contribui para o desenvolvimento da criança, visto que os pais equilibram as suas práticas entre autoridade e afeto (Baumrind, 1966; Maccoby & Martin,

1983). Um estudo realizado por Chan e Koo (2011) realça a mesma ideia, afirmando a parentalidade democrática/autoritativa como contribuindo para uma maior autoestima, bem-estar e diminuição da probabilidade de comportamentos desviantes por parte da criança.

Os recursos psicológicos, características da criança e fatores do contexto social são definidos por Belsky (1984) como os três determinantes do funcionamento parental. Cada um funciona de acordo com um dos dois modos (suporte ou stresse). É possível observar um funcionamento mais competente quando cada determinante opera com o modo de suporte e menos competente quando operam no modo oposto, stresse. O mesmo autor afirma ainda que, numa situação em que dois dos três determinantes operam em modo de suporte o funcionamento parental é mais favorecido quando os recursos psicológicos e os fatores de contexto social funcionam neste modo e menos favorecido quando os recursos psicológicos são o único determinante a operar segundo o modo stresse.

Neste sentido, e tendo em conta a importância e influência dos recursos psicológicos, a presença de psicopatologia assim como dificuldades emocionais, encontram-se associadas a uma menor responsividade e envolvimento, bem como a estilos educativos mais negativos caracterizados pela rejeição, indiferença e hostilidade (Colletta, 1983). Alguns estudos concluem que a presença de psicopatologia nos pais tem influência na interação destes com os filhos, tendo sido detetadas dificuldades a nível social, emocional e cognitivo nas crianças (Field et al., 1985; Gross et al., 2008; Haack et al., 2016; Shelton & Harold, 2008).

Neff e McGehee (2010) sugerem que a psicopatologia pode estar relacionada com níveis reduzidos de *autocompaixão*. Esta estratégia de autorregulação emocional tem um efeito protetor no desenvolvimento e manutenção da psicopatologia, estando assim ligada à saúde psicológica (Neff, 2003a, 2003b). A autocompaixão é composta por três componentes: *calor/compreensão*, que significa ser-se compreensivo consigo mesmo em situações dolorosas ou de fracasso, em vez de ser crítico e punitivo; a *condição humana*, que diz respeito à compreensão das experiências como parte da experiência humana; e o *mindfulness*, que se relaciona com a consciência equilibrada dos próprios sentimentos e pensamentos dolorosos, em vez de se sobre-identificar demasiado com estes (Neff, 2003a).

De forma mais explícita, a autocompaixão implica estar aberto ao seu próprio sofrimento, ser compreensivo, experienciando situações de calor e bondade por si mesmo, observando e aceitando de forma compassiva, não julgando e percebendo estas experiências como parte da experiência humana (Neff, 2003a). No mesmo estudo, Neff e McGehee (2010) identificam o funcionamento familiar funcional como preditor de autocompaixão. No mesmo seguimento, a autocompaixão é associada de forma negativa ao autocriticismo, depressão, ansiedade e

ruminação, estando por outro lado fortemente associada à satisfação com a vida e à conexão social (Neff, 2003a).

Por seu lado, o *autocriticismo* é uma forma de autoavaliação negativa relativa a vários aspetos do eu, tendo diferentes funções e formas (Gilbert et al., 2001, 2004). Relativamente às funções (autocorreção e autoperseguição/autoataque), estas dizem respeito aos motivos pelos quais as pessoas se autocriticam. A autocorreção refere-se ao ajustamento do eu, com o objetivo de evitar novos erros no futuro, já a autoperseguição/autoataque remete para a agressão através da vingança e punição de uma parte do eu que detesta e rejeita (Gilbert et al., 2004).

No que concerne às formas que as pessoas usam para se autocriticarem e autotranquilizarem, Gilbert et al. (2004) descrevem a forma eu-inadequado, como a autocrítica que assenta segundo erros e inadequações do eu e despoleta sentimentos de inferiorização, de tal forma que não consegue aceitar os fracassos, desapontando-se a si mesmo. Já a forma eu-tranquilizador implica que, em situações de decepção, se dispõe de uma capacidade para recordar aspetos positivos do eu, de modo a compreender a situação em que se encontra. Por último, a forma eu-detestado está relacionada com a autopunição e ódio, de forma a maltratar e insultar o eu.

Diversos estudos revelam que o autocriticismo está associado à sintomatologia psicopatológica (Amaral, Castilho, & Pinto-Gouveia, 2010; Kopala-Sibley, Klein, Perlman & Kotov, 2017). Um estudo realizado por Irons, Gilbert, Baldwin, Baccus e Palmer (2006) evidencia que estilos parentais negativos, marcados pelo controlo e rejeição se relacionam com as formas eu-inadequado e eu-detestado, criando uma vulnerabilidade ao desenvolvimento da psicopatologia. Contrariamente e no mesmo estudo de Irons et al. (2006), numa situação de fracasso, a recordação de um estilo parental positivo, com base no afeto, relaciona-se com a forma eu-tranquilizador.

Face ao exposto anteriormente, foram definidos como principais objetivos do presente estudo: 1 - Examinar as associações entre as variáveis em estudo (funcionamento familiar, estilos educativos maternos e variáveis psicológicas maternas – autocompaixão e autocriticismo e sintomatologia psicopatológica); 2 – Estudar as diferenças nas dimensões do funcionamento familiar, estilos educativos maternos (aceitação e controlo), autocompaixão, autocriticismo e sintomas psicopatológicos em função das variáveis: história psiquiátrica da mãe, relação entre a mãe e o pai, faixa etária da mãe, tipo de família, perceção dos rendimentos familiares, habilitações literárias da mãe, e por fim, a idade da criança.

Métodos

Âmbito Geral do Estudo

A presente investigação está inserida num projeto de investigação mais alargado, que tem como objetivo analisar o impacto de variáveis psicológicas maternas (autocompaixão, autocrítica e sintomatologia psicopatológica) no funcionamento familiar, no estilo educativo materno e no comportamento dos filhos. Neste estudo foi usado o protocolo de investigação do projeto, para que assim fosse possível atingir um maior número de participantes. A recolha de dados decorreu entre dezembro de 2018 e abril de 2019.

Participantes

O tipo de amostragem é não-probabilística de conveniência e em bola de neve, uma vez que foi pedido que apenas um grupo específico respondesse ao protocolo partilhado nas redes sociais e associações/instituições, assim como foi apenas partilhado com mães que preenchessem os critérios exigidos para a participação nesta investigação (Carmo & Ferreira, 2002).

Para a presente investigação foi definido como critério de inclusão ser mãe de filhos biológicos com idades compreendidas entre os 4 e os 17 anos e foram excluídas de participar na investigação as respostas de mães sobre os seus filhos adotivos.

Esta investigação contou com uma amostra total de 431 mães em que 56 (13,0%) protocolos foram distribuídos em papel e os restantes 375 (87,0%) recorrendo a redes sociais da *internet*. Relativamente às variáveis sociodemográficas dos progenitores (Tabela 1), as mães apresentavam idades compreendidas entre os 23 e os 59 anos de idade ($M = 39,37$; $DP = 5,47$) e os pais idades entre os 24 e os 74 anos ($M = 41,65$; $DP = 6,81$).

No que respeita à escolaridade, foi possível constatar que a maioria das mães eram licenciadas (52,7%) e, no geral, encontram-se a exercer atividade (86,3%). Já no que respeita aos pais, a maioria tinha o ensino secundário (40,5%). A maior parte das mães encontra-se casada ou em união de facto (80,0%), seguindo-se as divorciadas ou separadas (16,0%). Quanto ao número de filhos, a grande maioria das mães teve dois (46,2%) ou apenas um filho (38,3%). No que concerne ao tipo de relação que as mães mantinham com o pai do seu filho(a), a maioria (52,9%) considerou ter uma relação muito boa, sendo menos frequente descreverem a relação com o pai do seu filho como mais má que boa (5,1%). Relativamente ao agregado familiar, a maioria das mães referiram pertencer a um tipo de família nuclear (76,1%), seguindo-se as

tipologias monoparental (19,0%) e reconstituída (4,9%). Quanto à percepção dos rendimentos mensais, a maioria das participantes referiram ter rendimentos médios (67,7%). Por fim, no que respeita à existência de história psiquiátrica, 8,1% das mães referiram que sim, sendo que da amostra total 4,4% tinha perturbações depressivas e 1,6% perturbações ansiosas.

Tabela 1
Variáveis sociodemográficas dos pais

		<i>n</i>	%
Faixa etária - Mãe (<i>M</i> = 39,37; <i>DP</i> = 5,47) (<i>n</i> = 431)	23-35 anos	99	23,0
	36-49 anos	313	72,6
	50-59 anos	19	4,4
Faixa etária - Pai (<i>M</i> = 41,65; <i>DP</i> = 6,81) (<i>n</i> = 429) ^a	24-35 anos	61	14,2
	36-49 anos	322	75,1
	50-59 anos	39	9,1
	60-74 anos	7	1,6
Escolaridade - Mãe (<i>n</i> = 431)	Ensino Básico	33	7,7
	Ensino Secundário	99	23,0
	Licenciatura	227	52,7
	Mestrado/Doutoramento	72	16,7
Escolaridade - Pai (<i>n</i> = 417) ^a	Ensino Básico	94	22,5
	Ensino Secundário	169	40,5
	Licenciatura	113	27,1
	Mestrado/Doutoramento	41	9,8
Situação profissional - Mãe (<i>n</i> = 431)	A exercer atividade	372	86,3
	Não exerce atividade	59	13,7
Estado civil - Mãe (<i>n</i> = 431)	Solteira	14	3,2
	Casada/União de facto	345	80,0
	Divorciada/Separada	69	16,0
	Viúva	3	0,7
Número de filhos (<i>n</i> = 431)	1	165	38,3
	2	199	46,2
	3 ou mais	67	15,5
Relação da mãe com o pai do filho (<i>n</i> = 431)	Inexistente	3	0,7
	Muito boa	228	52,9
	Boa	116	26,9
	Razoável	54	12,5
	Mais má que boa	22	5,1
	Muito má	8	1,9
Tipo de família (<i>n</i> = 431)	Família monoparental	82	19,0
	Família nuclear	328	76,1
	Família reconstituída	21	4,9
Percepção dos rendimentos mensais (<i>n</i> = 431)	Muito baixos	13	3,0
	Baixos	94	21,8
	Médios	292	67,7
	Altos	29	6,7
	Muito altos	3	0,7
História psiquiátrica (<i>n</i> = 431)	Sim	35	8,1
	Não	396	91,9
Quadro clínico (<i>n</i> = 30) ^a	Perturbações depressivas	19	4,4
	Perturbações ansiosas	7	1,6
	Perturbações do sono	1	0,2
	Outras	3	0,7

Nota. *n* = número de sujeitos; % = percentagem; *M* = média; *DP* = desvio padrão. ^a Não havia obrigatoriedade nas questões, o que justifica a discrepância no número de sujeitos.

No que concerne às variáveis sociodemográficas correspondentes aos filhos (Tabela 2), 44,5% eram do sexo feminino e 55,5% do sexo masculino, com idades entre os 4 e os 17 anos (*M* = 8,72; *DP* = 3,87). Relativamente à frequência com que o pai vê o filho, a maioria das participantes referiu que pai e filho se viam todos os dias (75,2%) e 1,2% nunca.

No que se refere ao rendimento académico dos filhos, 3,2% reprovou ao longo do seu percurso escolar. Relativamente ao comportamento precoce do filho até aos 2 anos de idade, apenas 7,2% mencionou que os seus filhos apresentavam alterações comportamentais.

Tabela 2
Variáveis sociodemográficas dos filhos

		<i>n</i>	%
Sexo do filho (<i>n</i> = 431)	Feminino	192	44,5
	Masculino	239	55,5
Idade do filho (<i>M</i> = 8,72; <i>DP</i> = 3,87) (<i>n</i> = 431)	4-5	112	26,0
	6-10	181	42,0
	11-14	94	21,8
	15-17	44	10,2
	Todos os dias	324	75,2
Frequência com que o pai vê o filho (<i>n</i> = 431)	Quase todos os dias	26	6,0
	Semanalmente	25	5,8
	Quinzenalmente	19	4,4
	Mensalmente	9	2,1
	Raramente	23	5,3
	Nunca	5	1,2
	Sim	14	3,2
	Não	417	96,8
Comportamento precoce	Sem alterações	400	92,8
	Com alterações	31	7,2

Nota. *n* = número de sujeitos; % = percentagem; *M* = média; *DP* = desvio padrão.

Procedimentos

Numa fase inicial foi definido o protocolo de avaliação composto por: Questionário Sociodemográfico, Índice de Parentalidade Autorizada (*Authoritative Parenting Index* – API), SCORE-15 (*Systemic Clinical Outcome Routine Evolution*), Escala de Autocompaixão (*Self-Compassion Scale* – SELFCS), Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização (*Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale* - FSCRS) e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (*Brief Symptom Inventory* – BSI). Também fez parte do protocolo do estudo o consentimento informado (Apêndice A), por forma a dar conhecimento do estudo, dos seus objetivos, garantido a confidencialidade e anonimato dos dados, assim como o uso exclusivo dos resultados para a presente investigação. Posteriormente, foram solicitadas autorizações (Anexos 1-7) aos autores da versão portuguesa dos referidos instrumentos para posterior aplicação.

De forma a garantir uma amostra maior foi elaborado um questionário *online* através da plataforma *google forms*, partilhado através do *Facebook* em diversas páginas e grupos que pudessem ter sujeitos que se enquadrassem nos critérios de inclusão. Foi também realizado um pedido formal à Santa Casa da Misericórdia da Lousã, que autorizou a administração do protocolo no Jardim de Infância, bem como foram utilizados contactos pessoais para disseminar o protocolo do estudo.

O preenchimento do protocolo demorou cerca de 25 minutos e a recolha da amostra foi efetuada entre os meses de dezembro de 2018 a abril de 2019.

Instrumentos

Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico (Apêndice B) pretendeu obter informações mediante questões de autorresposta relativas às características sociodemográficas da população em estudo, tais como: idade; escolaridade; profissão dos pais; situação profissional da mãe; situação conjugal atual; relação com o pai do filho (relativamente ao qual se encontra a responder ao questionário); frequência com que o pai vê o filho; com quem reside; número de filhos; idade e sexo do filho (em relação ao qual está a responder ao questionário); se este filho reprovou algum ano de escolaridade; comportamento do mesmo enquanto bebé (até aos 2 anos de idade); idade dos filhos que possa ter; perceção dos rendimentos mensais do agregado familiar e existência de história psiquiátrica atual.

The Authoritative Parenting Index / Índice de Parentalidade Autorizada – API (Jackson, Henriksen & Foshee, 1998; tradução e adaptação para a população portuguesa por Gaspar & Alarcão, 2003)

O Índice de Parentalidade Autorizada é composto por duas subescalas: aceitação e controlo. A aceitação (itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9) refere-se à aceitação e apoio prestado ao/a filho/a, enquanto o controlo (itens 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16) está relacionado com a definição e manutenção de regras comportamentais (Jackson et al., 1998).

O instrumento pontua numa escala tipo Likert com afirmações, em que é pedido à mãe que identifique se é (4) “Igualzinho”, (3) “Muito Parecido”, (2) “Um Pouco Parecido” ou (1) “Nada Parecido”, relativamente ao comportamento que tem com o seu/sua filho/a. A escala é composta por itens formulados no sentido inverso (itens 1, 2 e 4 da subescala aceitação) e, como tal, têm de ser cotados de forma contrária aos restantes. Para obter a pontuação total de cada dimensão somam-se os valores obtidos correspondentes, sendo que uma maior pontuação na dimensão aceitação corresponde a uma maior aceitação e uma maior pontuação na dimensão controlo é também sinónimo de mais controlo. A partir da cotação de cada subescala e respetivo cálculo dos tertis o API permite diferenciar quatro estilos educativos parentais: democrático, negligente, permissivo e autoritário (Jackson et al., 1998). Neste estudo recorreremos a uma abordagem dimensional do API.

No que concerne à consistência interna, os valores de dois estudos apresentados por Jackson et al. (1998) são bons na subescala de aceitação ($\alpha = 0,85$) e razoáveis na subescala de controlo (primeiro estudo: $\alpha = 0,71$; segundo estudo: $\alpha = 0,77$). Relativamente ao estudo na população portuguesa e segundo Gaspar e Alarcão (*in press*), a consistência interna apresenta-se razoável tanto na subescala aceitação ($\alpha = 0,75$) como na subescala controlo ($\alpha = 0,77$). Na presente investigação, a análise de consistência interna revelou um alfa de Cronbach fraco ($\alpha = 0,68$) na subescala aceitação e razoável na subescala controlo ($\alpha = 0,80$).

Systemic Clinical Outcome Routine Evolution - SCORE-15 (Stratton et al., 2010); tradução e adaptação para a população portuguesa por (Vilaça et al., 2014)

O SCORE-15 (Anexo 8) avalia aspetos do funcionamento familiar através de três dimensões da família: recursos familiares (RF), comunicação na família (CF) e dificuldades familiares (DF), cada uma composta por cinco itens. A subescala RF (itens 1, 3, 6, 10 e 15) avalia os recursos e a capacidade de adaptação da família, a CF (itens 2, 4, 8, 12 e 13) avalia a comunicação familiar e as DF (itens 5, 7, 9, 11 e 14) avaliam as dificuldades no sistema familiar (Relvas & Major, 2014). O SCORE-15 pode ser aplicado a vários elementos da família, desde que estes tenham mais de 12 anos de idade. Este instrumento é preenchido através de uma escala tipo Likert composta por cinco opções de resposta (1 = “descreve-nos Muito bem”, 2 = “descreve-nos Bem”, 3 = “descreve-nos Em parte”, 4 = “descreve-nos Mal”, 5 = “descreve-nos Muito Mal”). A respetiva cotação (total da escala e das dimensões) é realizada através de inversão dos itens negativos (2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13 e 14) de modo a que pontuações mais elevadas correspondam a maiores dificuldades na família. Posteriormente, para obter a pontuação total da escala somam-se todos os itens (15) e subtrai-se por quinze, podendo-se concluir que quanto menor for o valor dos resultados, melhor é o funcionamento familiar. Para uma análise mais pormenorizada de cada subescala, somam-se os itens correspondentes à escala e subtrai-se o valor obtido por cinco. Com efeito, quanto mais pontuação nas subescalas recursos familiares e comunicação familiar, menos recursos e comunicação na família. Relativamente à subescala dificuldades familiares, quanto mais pontuação, mais dificuldades na família (Vilaça et al., 2014).

A análise realizada através do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach indica uma boa consistência interna no estudo original para a escala total ($\alpha = 0,89$) (Stratton et al., 2010). O estudo realizado com a população portuguesa obteve também uma boa consistência interna na escala total ($\alpha = 0,84$) e nas subescalas RF ($\alpha = 0,85$), CF ($\alpha = 0,83$) e DF ($\alpha = 0,82$) (Vilaça et al., 2014). Já no que respeita aos resultados obtidos no presente estudo, os valores indicam uma

consistência interna boa no total da escala ($\alpha = 0,84$) e razoável nas respectivas subescalas RF ($\alpha = 0,78$), CF ($\alpha = 0,77$) e DF ($\alpha = 0,76$).

Self-Compassion Scale / Escala de Autocompaixão – SELFCS (Neff, 2003b; tradução e adaptação para a população portuguesa por Castilho & Pinto-Gouveia, 2006)

A Escala de Autocompaixão (Anexo 9) é um instrumento de autorresposta com 26 itens distribuídos por 6 subescalas: calor/compreensão (itens 5, 12, 19, 23, 26), autocrítica (itens 1, 8, 11, 16, 21), condição humana (itens 3, 7, 10, 15), isolamento (itens 4, 13, 18, 25), *mindfulness* (itens 9, 14, 17, 22) e sobreidentificação (itens 2, 6, 20, 24), respondidos numa escala tipo Likert com cinco opções de resposta (1 = Quase nunca; 2 = Raramente; 3 = Algumas Vezes; 4 = Muitas vezes e 5 = Quase sempre). A cotação pode ser realizada através da média da escala global ou de cada subescala individualmente, sendo previamente necessário a inversão das subescalas: isolamento, autocrítica e sobreidentificação. No que respeita a esta escala, quanto maior a pontuação total maior autocompaixão. Já no que concerne às suas subescalas, uma maior pontuação nas subescalas calor/compreensão, condição humana e *mindfulness* é reveladora de maior calor/compreensão, condição humana e *mindfulness*. Nas restantes subescalas, quanto mais pontuação, menos autocrítica, isolamento e sobreidentificação (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011).

Os resultados obtidos na versão original por Neff (2003b) revelaram valores de consistência interna no total da escala muito bons ($\alpha = 0,92$) e nas respectivas subescalas: calor/compreensão ($\alpha = 0,78$); autocrítica ($\alpha = 0,77$); condição humana ($\alpha = 0,80$); isolamento ($\alpha = 0,79$); *mindfulness* ($\alpha = 0,75$) e sobreidentificação ($\alpha = 0,81$). Na versão portuguesa, a análise revelou uma boa consistência interna no total da escala ($\alpha = 0,89$) e nas respectivas subescalas: calor/compreensão ($\alpha = 0,84$); autocrítica ($\alpha = 0,82$); condição humana ($\alpha = 0,77$); isolamento ($\alpha = 0,75$); *mindfulness* ($\alpha = 0,73$) e sobreidentificação ($\alpha = 0,78$) (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011). No que reporta aos resultados deste estudo, o alfa de Cronbach foi considerado muito bom no total da escala ($\alpha = 0,91$), bom na subescala calor/compreensão ($\alpha = 0,83$) e razoável nas subescalas: autocrítica ($\alpha = 0,73$); condição humana ($\alpha = 0,71$); isolamento ($\alpha = 0,73$); *mindfulness* ($\alpha = 0,74$) e sobreidentificação ($\alpha = 0,76$).

Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale / Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização - FSCRS (Gilbert, Clarke, Hempel, Miles, & Irons, 2004; tradução e adaptação para a população portuguesa por Castilho & Pinto-Gouveia, 2005)

Este instrumento de autorresposta (Anexo 10) é composto por 22 itens que pretendem avaliar quando “as coisas correm mal” como é que as pessoas se autocriticam e autotranquilizam. O preenchimento da escala é realizado através de uma escala tipo Likert com 5 opções de resposta (0 = “Não sou assim”, 1 = “Sou um pouco assim”, 2 = “Sou moderadamente assim”, 3 = “Sou bastante assim”, 4 = “Sou extremamente assim”). Esta escala é composta por três subescalas: o eu inadequado, que avalia o sentimento de inadequação do eu perante situações de fracasso (itens 1, 2, 4, 6, 7, 14, 17, 18, 20, 22); o eu tranquilizador, que avalia a capacidade do eu se reconfortar (itens 3, 5, 8, 11, 13, 16, 19, 21) e o eu detestado, que avalia o sentimento de ódio, repugnância para com o eu (itens 9, 10 e 12). No que diz respeito à leitura da escala, quanto maior a pontuação das suas subescalas, mais inadequada, detestada e tranquilizadora se percebe a pessoa (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011).

Na versão original a análise realizada através do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach indica valores da consistência interna bons, obtidos nas subescalas eu inadequado ($\alpha = 0,90$), eu tranquilizador ($\alpha = 0,86$) e eu detestado ($\alpha = 0,86$) (Gilbert et al., 2004). No estudo da versão portuguesa os valores para as subescalas são: eu inadequado ($\alpha = 0,89$), eu tranquilizador ($\alpha = 0,87$) e eu detestado ($\alpha = 0,62$), sendo que a subescala eu detestado revela um valor mais baixo que, segundo Castilho e Pinto-Gouveia (2011), pode ser explicado pelo reduzido número de itens e pela natureza interpretativa dos mesmos, podendo assim concluir-se que ambos os estudos apresentam uma boa consistência interna. No nosso estudo, os valores de alfa de Cronbach revelaram uma consistência interna boa na subescala eu inadequado ($\alpha = 0,88$), muito boa na subescala eu tranquilizador ($\alpha = 0,91$) e fraca na subescala eu detestado ($\alpha = 0,67$).

Brief Symptom Inventory / Inventário de Sintomas Psicopatológicos– BSI (Derogatis, 1993; tradução e adaptação para a população portuguesa por Canavarro, 1995)

O BSI (Anexo 11) é um inventário com 53 itens que avalia sintomas psicopatológicos através de nove dimensões de sintomatologia e três índices globais (avaliações sumárias de perturbação emocional). As dimensões avaliadas referem-se à somatização (itens 2, 7, 23, 29, 30, 33, 37), obsessões-compulsões (itens 5, 15, 26, 27, 32, 36), sensibilidade interpessoal (itens 20, 21, 22, 42), depressão (itens 9, 16, 17, 18, 35, 50), ansiedade (itens 1, 12, 19, 38, 45, 49), hostilidade (itens 6, 13, 40, 41, 46), ansiedade fóbica (itens 8, 28, 31, 43, 47), ideação paranoide (itens 4, 10, 24, 48 e 51) e psicoticismo (itens 3, 14, 34, 44, 53), que permite detetar a

sintomatologia mais perturbadora no indivíduo. Os itens 11, 25, 39 e 52 não pertencem a nenhuma dimensão específica, sendo apenas considerados nas pontuações dos três índices globais: índice geral de sintomas (IGS) que pondera a intensidade do mal-estar experienciado com os sintomas assinalados, índice de sintomas positivos (ISP) que representa a média de todos os sintomas assinalados e total de sintomas positivos (TSP) que corresponde à soma do número de queixas sintomáticas. As opções de resposta variam de “nunca” a “muitíssimas vezes”. No que concerne à pontuação, para cada subescala é calculada a média (divisão da soma pelo número de itens pertencentes à dimensão), podendo também ser feita através dos índices gerais: índice geral de sintomas (IGS) que se calcula através da soma das pontuações de todos os itens e dividindo pelo número de repostas, total de sintomas positivos (TSP) calcula-se somando o número de itens assinalados com resposta superior a 0 e o índice de sintomas positivos (ISP) que se calcula através da divisão da soma de todos os itens pelo TSP. Caso o valor obtido no ISP seja superior a 1,7, isto é indicativo de presença de perturbação. Quanto maior a pontuação, maior a sintomatologia psicopatológica (Canavarro, 1999).

Ao nível da consistência interna, o estudo original revela valores do coeficiente de alfa de Cronbach nas diferentes subescalas tais como: somatização ($\alpha = 0,80$), obsessões-compulsões ($\alpha = 0,83$), sensibilidade interpessoal ($\alpha = 0,74$), depressão ($\alpha = 0,85$), ansiedade ($\alpha = 0,81$), hostilidade ($\alpha = 0,78$), ansiedade fóbica ($\alpha = 0,77$), ideação paranoide ($\alpha = 0,77$) e psicoticismo ($\alpha = 0,71$) (Derogatis & Melisaratos, 1983). No estudo psicométrico realizado por Canavarro (1999) para a população portuguesa os valores referentes às subescalas são: somatização ($\alpha = 0,80$), obsessões-compulsões ($\alpha = 0,77$), sensibilidade interpessoal ($\alpha = 0,76$), depressão ($\alpha = 0,73$), ansiedade ($\alpha = 0,77$), hostilidade ($\alpha = 0,76$), ansiedade fóbica ($\alpha = 0,62$), ideação paranoide ($\alpha = 0,72$) e psicoticismo ($\alpha = 0,62$). Na presente investigação os valores encontrados evidenciam um alfa de Cronbach razoável nas subescalas: hostilidade ($\alpha = 0,75$); ideação paranoide ($\alpha = 0,75$) e psicoticismo ($\alpha = 0,77$) e bom nas subescalas: somatização ($\alpha = 0,86$), obsessões-compulsões ($\alpha = 0,84$), sensibilidade interpessoal ($\alpha = 0,86$), depressão ($\alpha = 0,86$), ansiedade ($\alpha = 0,84$) e ansiedade fóbica ($\alpha = 0,84$).

Análise Estatística

De forma a realizar a análise dos dados recorreu-se ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 24.

Inicialmente optou-se por testar a normalidade dos dados através do cálculo do teste Kolmogorov-Smirnov (KS) e dos valores de assimetria e curtose. No teste KS foi encontrada uma distribuição não normal em todas as escalas, mas foi possível verificar que todos os valores

eram inferiores a 2 e 7 para a assimetria e curtose, respetivamente (Pallant, 2007). Estes valores são indicadores de uma distribuição normal, o que, aliado à tendência estatística para a normalidade de amostras com n superior a 30, permite-nos optar por testes paramétricos ao nível da análise estatística. Por forma a cumprir os objetivos do estudo procedeu-se à recodificação de algumas variáveis: em dois grupos, a relação entre mãe e pai (muito boa/boa, razoável/má/muito má/inexistente) e a situação profissional (exerce atividade, não exerce atividade); em três grupos a faixa etária da mãe (23-35 anos; 36-49 anos; 50-59 anos), tipo de família (monoparental/nuclear/reconstituída), rendimentos mensais (baixos, médios, altos); e em quatro grupos, o nível de escolaridade da mãe (ensino básico; ensino secundário; licenciatura; mestrado/doutoramento), a idade do filho (4-5 anos, pré-escola; 6-10 anos, 1º ciclo; 11-14 anos, ensino básico; 15-17 anos, ensino secundário) e a frequência de visitas do pai ao seu filho (frequentemente, esporadicamente, raramente, nunca). Em seguida, efetuou-se a caracterização sociodemográfica da amostra e a análise descritiva das dimensões em estudo, recorrendo às medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão e variância).

Aquando da análise dos alfas de Cronbach, os valores foram interpretados de acordo com Pestana e Gageiro (2008) que usam como critério: $\alpha < 0,6$ (inadmissível); $0,6 < \alpha < 0,7$ (fraca); $0,7 < \alpha < 0,8$ (razoável); $0,8 < \alpha < 0,9$ (boa) e $\alpha > 0,9$ (muito boa). No que concerne às correlações utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson e os critérios de Cohen (1988) (0,10 - baixa, 0,30 - moderada e 0,50 - elevada) para avaliar a respetiva magnitude.

A fim de averiguar as diferenças das dimensões em estudo em função das variáveis: faixa etária da mãe, tipo de família, idade e sexo da criança, habilitações literárias da mãe, perceção dos rendimentos familiares e história psiquiátrica da mãe, recorreu-se ao teste t de Student para amostras independentes e à análise de variância (ANOVA). De modo a calcular as diferenças das médias dos grupos no teste t , utilizou-se o d de Cohen, classificando-o de acordo com os critérios de Cohen (1988) (0,20 - baixa, 0,50 - moderada e 0,80 - elevado). Já no que respeita à magnitude das diferenças das médias dos grupos, comparadas pelos testes de *Post-Hoc* de Tukey, calculou-se o η^2 quadrado de Cohen, interpretando os respetivos resultados com recurso aos valores de referência de Pallant (2007): fraco (0,01), moderado (0,06) e forte (0,14).

Resultados

Na Tabela 3 apresenta-se a análise descritiva das dimensões dos estilos parentais aceitação e controlo (API), do funcionamento familiar (SCORE-15), da autocompaixão (SELFCS), do autocriticismo (FSCRS) e dos sintomas psicopatológicos (BSI).

No que concerne às dimensões dos estilos parentais, verificou-se que as participantes têm uma percepção do seu estilo educativo mais ligada à dimensão controlo ($M = 3,45$; $DP = 0,53$) do que à dimensão aceitação ($M = 3,30$; $DP = 0,37$). Quanto ao funcionamento familiar, na subescala dificuldades familiares verificou-se uma pontuação média baixa ($M = 1,86$; $DP = 0,75$), mas ainda assim superior às subescalas comunicação ($M = 1,83$; $DP = 0,75$) e recursos familiares ($M = 1,63$; $DP = 0,60$). Relativamente à autocompaixão as subescalas condição humana ($M = 3,56$; $DP = 0,75$), *mindfulness* ($M = 3,48$; $DP = 0,76$) e isolamento ($M = 3,46$; $DP = 0,86$) destacaram-se pelos seus valores médios mais elevados, em comparação com as restantes subescalas. A subescala eu tranquilizador destacou-se pelo seu valor médio elevado ($M = 2,64$; $DP = 0,86$) em comparação com as subescalas do autocrítico. No entanto, e tendo em conta a observação dos valores máximos e mínimos, foi possível concluir que a subescala eu inadequado ($M = 1,21$; $DP = 0,76$) evidencia uma pontuação abaixo da média, assim como a subescala eu detestado ($M = 0,37$; $DP = 0,64$). Em relação aos sintomas psicopatológicos, o resultado do índice de sintomas positivos encontra-se abaixo do ponto corte, significando que no geral estas mães não evidenciam presença de perturbação psicopatológica.

Tabela 3

Análise descritiva das dimensões do API, SCORE-15, SELFCS, FSCRS e BSI.

		<i>M</i>	<i>DP</i>	Min-Máx	Variação teórica	
					Normal (Min-Máx)	Média (Min-Máx)
API	Aceitação	3,30	0,37	2 – 4	9 – 36	1 - 4
	Controlo	3,45	0,53	1,14 – 4	7 – 28	1 - 4
SCORE-15	Total	1,77	0,58	1 – 4,87	15 – 75	1 - 5
	Comunicação	1,83	0,75	1 – 5	5 – 25	1 - 5
	Recursos	1,63	0,60	1 – 5	5 – 25	1 - 5
	Dificuldades	1,86	0,75	1 – 5	5 – 25	1 - 5
SELFCS	Total	3,39	0,59	1,73 – 5	26 -130	1 - 5
	Calor/Compreensão	3,25	0,84	1 – 5	5 – 25	1 - 5
	Autocrítica	3,27	0,78	1 – 5	5 – 25	1 - 5
	Condição Humana	3,56	0,75	1,25 – 5	4 – 20	1 - 5
	Isolamento	3,46	0,86	1 – 5	4 – 20	1 - 5
	<i>Mindfulness</i>	3,48	0,76	1 – 5	4 – 20	1 - 5
	Sobre-identificação	3,35	0,85	1 – 5	4 – 20	1 - 5
FSCRS	Eu inadequado	1,21	0,76	0 – 3,70	0 – 40	0 - 4
	Eu tranquilizador	2,64	0,86	0,25 – 4,00	0 – 32	0 - 4
	Eu detestado	0,37	0,64	0 – 4,00	0 – 12	0 - 4
BSI	ISP	1,24	0,60	0 – 3	0 – 212	0 - 4

Nota. *M* = média; *DP* = desvio padrão; *Min* = Mínimo; *Máx* = Máximo; API = Índice de parentalidade positiva; SCORE-15 = Funcionamento familiar; SELFCS = Escala de autocompaixão; FSCRS = Escala das formas do autocrítico e autotranquilização; BSI = Inventário de sintomas psicopatológicos; ISP = Índice de sintomas positivos.

Na Tabela 4 são apresentados os valores das correlações de Pearson entre o índice de parentalidade identificada (API), o funcionamento familiar (SCORE-15), a autocompaixão (SELFCS) e o autocrítico (FSCRS). De um modo geral, todas as dimensões se correlacionaram entre si, com exceção da subescala controlo dos estilos parentais (API) que não apresentou nenhuma associação com a subescala dificuldades familiares do SCORE-15, com a escala da autocompaixão (SELFCS) e com as subescalas eu inadequado e eu detestado do autocrítico (FSCRS).

No que concerne às correlações significativas das dimensões dos estilos parentais (API), a subescala aceitação correlaciona-se negativamente com o total e todas as dimensões do funcionamento familiar (SCORE-15), com o eu inadequado e o eu detestado do autocrítico e de forma positiva com o total e todas as subescalas da autocompaixão e o eu tranquilizador, variando entre correlações baixas e moderadas. Destacam-se as correlações moderadas: entre a aceitação e o total de disfuncionalidade ($r = -0,35$) e entre a aceitação e a subescala recursos do funcionamento familiar ($r = -0,32$). Relativamente à dimensão controlo, esta correlaciona-se negativamente e de forma baixa com a disfuncionalidade total e com as subescalas recursos e comunicação (SCORE-15) e de forma positiva e baixa com o eu tranquilizador (FSCRS).

No que respeita ao funcionamento familiar, foi possível constatar que o total e as respetivas subescalas se correlacionam negativamente com todas as subescalas da autocompaixão e com o eu tranquilizador. Entre magnitudes baixas e moderadas, destacam-se as moderadas do total de disfuncionalidade com a autocompaixão total ($r = -0,39$), a subescala calor/compreensão ($r = -0,30$), o isolamento ($r = -0,36$) e o eu tranquilizador ($r = -0,37$), e dos recursos com o total da autocompaixão ($r = -0,35$), o isolamento social ($r = -0,34$) e o eu tranquilizador ($r = -0,32$), e das dificuldades com o isolamento social ($r = -0,32$), o total da autocompaixão ($r = -0,36$) e o eu tranquilizador ($r = -0,34$). De forma positiva foram encontradas associações entre o funcionamento familiar e o eu inadequado e o eu detestado, dando ênfase à correlação moderada ($r = 0,32$) entre os recursos e o eu inadequado.

Tabela 4

Correlações de Pearson entre API, SCORE-15, SELFCS e FSCRS

Inst.	API		SELFCS							FSCRS		
	A	C	Total	CC	AC	CH	I	M	S	EI	ET	ED
API												
A	-	-	0,26*	0,19*	0,20*	0,13*	0,21*	0,21*	0,20**	-0,26**	0,26**	-0,20**
C	-	-	0,04	0,03	-0,00	0,09	0,03	0,05	-0,02	-0,05	0,10*	-0,03
SCORE												
Total	-0,35**	-0,14**	-	-	-	-	-	-	-	0,34**	-0,37**	0,31**
			0,39*	0,30*	0,29*	0,24*	0,36*	0,26*	0,28**			
Comun.	-0,29**	-0,12*	-	-	-	-	-	-	-	0,25**	-0,26**	0,25**
			0,27*	0,20*	0,20*	0,17*	0,26*	0,15*	0,18**			
Recursos	-0,32**	-0,25**	-	-	-	-	-	-	-	0,32**	-0,32**	0,27**
			0,35*	0,27*	0,24*	0,22*	0,34*	0,26*	0,23**			
Dificul.	-0,28**	-0,01	-	-	-	-	-	-	-	0,29**	-0,34**	0,25**
			0,36*	0,27*	0,27*	0,22*	0,32*	0,25*	0,28**			

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; Inst. = Instrumentos; API = Índice de parentalidade positiva; A = Aceitação; C = Controlo; SCORE-15 = Funcionamento familiar; Comun. = Comunicação na família; Dificul. = dificuldades na família; SELFCS = Escala de autocompaixão; CC = Calor/compreensão; AC = Autocritica; CH = Condição humana; I = Isolamento; M = *Mindfulness*; S = Sobreidentificação; FSCRS = Escala das formas do autocriticismo e autotranquilização; EI = Eu inadequado; ET = Eu tranquilizador; ED = Eu detestado.

Na Tabela 5 apresentam-se os resultados das correlações entre o inventário de sintomas psicopatológicos (BSI) e o índice de parentalidade identificada (API), o funcionamento familiar (SCORE-15), a autocompaixão (SELFCS) e o autocriticismo (FSCRS). Foi possível constatar que no geral todas as subescalas do BSI, assim como os respetivos índices, se correlacionam com as restantes escalas e subescalas. É exceção o controlo parental (API), que não se correlaciona de modo estatisticamente significativo com nenhuma das dimensões do BSI, da aceitação parental que não se correlaciona com as subescalas somatização e ansiedade fóbica, e da condição humana (SELFCS) que não se correlaciona com as subescalas ansiedade, ansiedade fóbica e ideação paranoide.

De todas as correlações significativas (baixas, moderadas e altas) destacam-se as consideradas altas, designadamente as associações negativas da autocompaixão com a subescala depressão (autocompaixão total: $r = -0,51$; isolamento: $r = -0,55$; e sobreidentificação: $r = -0,50$) e com o índice geral de sintomas (autocompaixão total: $r = -0,50$; isolamento: $r = -0,53$; e sobreidentificação: $r = -0,51$). Refiram-se ainda as associações positivas de magnitude alta entre a subescala do autocriticismo eu inadequado e o índice geral de sintomas ($r = 0,55$) e as subescalas do BSI: obsessões compulsões ($r = 0,50$), sensibilidade interpessoal ($r = 0,53$), depressão ($r = 0,54$), hostilidade ($r = 0,50$) e psicoticismo ($r = 0,54$).

Tabela 5
Correlações de Pearson entre API, SCORE-15 e BSI

Instrumentos	BSI										
	S	OC	SI	D	A	H	AF	IP	P	IGS	ISP
API											
Aceitação	-0,09	-0,17**	-0,15**	-0,14**	-0,11**	-0,25**	-0,07	-0,18**	-0,17**	-0,17**	-0,13**
Controlo	0,03	-0,06	-0,03	-0,02	0,05	0,02	0,02	0,01	-0,02	0,00	0,04
SCORE											
Total	0,18**	0,23**	0,25**	0,33**	0,22**	0,23**	0,15**	0,27**	0,28**	0,29**	0,14**
Comunicação	0,14**	0,15**	0,20**	0,22*	0,18**	0,19**	0,14**	0,23**	0,19**	0,22**	0,11*
Recursos	0,10*	0,20**	0,19**	0,28**	0,14**	0,17**	0,10*	0,18**	0,22**	0,21**	0,11*
Dificuldades	0,19**	0,23**	0,24**	0,33**	0,22**	0,22**	0,12*	0,26**	0,25**	0,28**	0,13**
SELFCS											
Total	-0,36**	-0,47**	-0,48**	-0,51**	-0,41**	-0,43**	-0,27**	-0,40**	-0,46**	-0,50**	-0,37**
CC	-0,16**	-0,24**	-0,25**	-0,26**	-0,18**	-0,22**	-0,10*	-0,19**	-0,23**	-0,24**	-0,21**
Autocrítica	-0,30**	-0,42**	-0,41**	-0,45**	-0,38**	-0,41**	-0,23**	-0,40**	-0,45**	-0,45**	-0,35**
CH	-0,10*	-0,16**	-0,21**	-0,18**	-0,06	-0,12*	-0,04	-0,09	-0,15**	-0,15**	-0,13**
Isolamento	-0,39**	-0,48**	-0,47**	-0,55**	-0,46**	-0,42**	-0,33**	-0,43**	-0,48**	-0,53**	-0,36**
Mindfulness	-0,25**	-0,31**	-0,32**	-0,31**	-0,23**	-0,28**	-0,17**	-0,25**	-0,27**	-0,31**	-0,21**
S	-0,36**	-0,45**	-0,46**	-0,50**	-0,47**	-0,46**	-0,31**	-0,41**	-0,45**	-0,51**	-0,38**
FSCRS											
EI	0,36**	0,50**	0,53**	0,54**	0,48**	0,50**	0,29**	0,45**	0,54**	0,55**	0,34**
ET	-0,28**	-0,30**	0,37**	-0,39**	-0,25**	-0,30**	-0,22**	-0,26**	-0,37**	-0,36**	-0,18**
ED	0,34**	0,38**	0,42**	0,42**	0,36**	0,38**	0,34**	0,33**	0,45**	0,44**	0,25**

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; API = Índice de Parentalidade Positiva; SCORE-15 = Funcionamento familiar; SELFCS = Escala de autocompaixão; CC = Calor/compreensão; CH = Condição humana; S = Sobreidentificação; FSCRS = Escala das formas do autocriticismo e autotranquilização; EI = Eu inadequado; ET = Eu tranquilizador; ED = Eu detestado; BSI = Inventário de sintomas psicopatológicos; S = Somatização; OC = Obsessões/compulsões; SI = Sensibilidade interpessoal; D = Depressão; A = Ansiedade; H = Hostilidade; AF = Ansiedade fóbica; IP = Ideação paranoide; P = Psicoticismo; IGS = Índice geral de sintomas; ISP = Índice de sintomas positivos.

Na Tabela 6 são apresentados os resultados das diferenças no API, SCORE-15, SELFCS, FSCRS e BSI dependendo da história psiquiátrica da mãe e da relação entre a mãe e o pai, realizados através do cálculo do teste t de Student.

No que concerne à história psiquiátrica, foram encontradas diferenças entre grupos na maior parte das dimensões dos instrumentos. Assim, as mães com história psiquiátrica denotam um maior controlo parental ($M = 3,60$; $DP = 0,37$), comparativamente com as mães sem história psiquiátrica ($M = 3,43$; $DP = 0,55$). Foram igualmente encontradas diferenças em função da história psiquiátrica (Sim/Não) das mães na autocompaixão total (Sim: $M = 2,87$; $DP = 0,49$, Não: $M = 3,43$; $DP = 0,58$) e em todas as dimensões da autocompaixão: calor/compreensão (Sim: $M = 2,95$; $DP = 0,75$, Não: $M = 3,28$; $DP = 0,84$), autocrítica (Sim: $M = 2,61$; $DP = 0,71$, Não: $M = 3,33$; $DP = 0,76$), isolamento social (Sim: $M = 2,80$; $DP = 0,82$, Não: $M = 3,52$; $DP = 0,84$), *mindfulness* (Sim: $M = 3,06$; $DP = 0,74$, Não: $M = 3,52$; $DP = 0,75$), sobreidentificação (Sim: $M = 2,51$; $DP = 0,69$, Não: $M = 3,42$; $DP = 0,82$). As mães com história psiquiátrica têm igualmente pontuações mais elevada no autocriticismo: eu inadequado (Sim: $M = 1,82$; $DP = 0,81$; Não: $M = 1,15$; $DP = 0,73$), eu detestado (Sim: $M = 0,75$; $DP = 0,66$; Não: $M = 0,34$; $DP = 0,63$) e no eu tranquilizador (Sim: $M = 2,31$; $DP = 0,82$; Não: $M = 2,67$; $DP = 0,86$). Por fim, como seria expectável, as mães com história psiquiátrica também apresentam mais sintomatologia psicopatológica avaliada através do ISP do BSI ($M = 1,74$; $DP = 0,51$), comparativamente com as mães sem história psiquiátrica ($M = 1,19$; $DP =$

0,59). Estas diferenças são mais significativas e com uma magnitude elevada na autocompaixão, autocrítica, isolamento social, sobreidentificação, eu inadequado e na sintomatologia psicopatológica, moderada no *mindfulness* e no eu detestado e baixa no controle, no calor/compreensão e no eu tranquilizador.

Relativamente à qualidade da relação entre os pais, foi possível identificar que os progenitores que mantêm uma relação muito boa/boa entre si evidenciam mais aceitação parental ($M = 3,33$; $DP = 0,36$), menos disfuncionalidade familiar total ($M = 1,70$; $DP = 0,52$), melhor comunicação ($M = 1,78$; $DP = 0,72$), mais recursos familiares ($M = 1,54$; $DP = 0,50$), menos dificuldades familiares ($M = 1,79$; $DP = 0,71$), mais autocompaixão total ($M = 3,43$; $DP = 0,55$), menos autocrítica ($M = 3,33$; $DP = 0,75$), menos isolamento ($M = 3,54$; $DP = 0,82$), menos sobreidentificação ($M = 3,40$; $DP = 0,82$), menor pontuação no eu inadequado ($M = 1,14$; $DP = 0,74$), e maior pontuação no eu tranquilizador ($M = 2,69$; $DP = 0,85$), em comparação com os pais que mantêm uma relação razoável/má/muito má ou inexistente (aceitação parental: $M = 3,17$; $DP = 0,38$; disfuncionalidade familiar total ($M = 2,04$; $DP = 0,72$), comunicação na família: $M = 1,98$; $DP = 0,83$; recursos familiares: $M = 1,98$; $DP = 0,82$; dificuldades familiares: $M = 2,16$; $DP = 0,85$; autocompaixão: $M = 3,21$; $DP = 0,71$; autocrítica: $M = 3,03$; $DP = 0,85$; isolamento social $M = 3,13$; $DP = 0,97$; sobreidentificação $M = 3,14$; $DP = 0,93$; eu inadequado: $M = 1,46$; $DP = 0,80$; eu tranquilizador $M = 2,42$; $DP = 0,87$).

Estas diferenças são significativas e moderadas no total da disfuncionalidade familiar, nos recursos e nas dificuldades familiares e de baixa magnitude na aceitação na relação com os filhos, comunicação familiar, no total da SELFCS, na autocrítica, no isolamento social, na sobreidentificação, no eu inadequado e no eu tranquilizador.

Foram omissas todas as dimensões dos instrumentos que não apresentaram diferenças significativas, podendo estas ser consultadas no Apêndice C.

Tabela 6

Análise das diferenças significativas no API, SCORE-15, SELFCS, FSCRS e BSI em função da história psiquiátrica da mãe e da relação entre a mãe e o pai

		História psiquiátrica da mãe							
		Sim (<i>n</i> = 35)		Não (<i>n</i> = 396)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	
Instrumentos		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>				
API	Controlo	3,60	0,37	3,44	0,55	2,29	0,03	0,32	
SELFCS	Total	2,87	0,49	3,43	0,58	-5,53	0,00	0,98	
	Calor/Compreensão	2,95	0,75	3,28	0,84	-2,25	0,03	0,40	
	Autocrítica	2,61	0,71	3,33	0,76	-5,40	0,00	0,95	
	Isolamento Social	2,80	0,82	3,52	0,84	-4,84	0,00	0,86	
	<i>Mindfulness</i>	3,06	0,74	3,52	0,75	-3,52	0,00	0,61	
	Sobreidentificação	2,51	0,69	3,42	0,82	-6,30	0,00	1,12	
FSCRS	Eu inadequado	1,82	0,81	1,15	0,73	5,12	0,00	0,91	
	Eu tranquilizador	2,31	0,82	2,67	0,86	-2,35	0,02	0,42	
	Eu detestado	0,75	0,66	0,34	0,63	3,59	0,00	0,65	
BSI	ISP	1,74	0,51	1,19	0,59	5,35	0,00	0,94	
		Relação mãe e pai							
		Muito boa/Boa (<i>n</i> = 344)		Razoável/Má/Muito má/Inexistente (<i>n</i> = 87)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>				
API	Aceitação	3,33	0,36	3,17	0,38	3,58	0,00	0,32	
SCORE	Total	1,70	0,52	2,04	0,72	-4,07	0,00	0,60	
	Comunicação familiar	1,78	0,72	1,98	0,83	-2,23	0,03	0,27	
	Recursos familiares	1,54	0,50	1,98	0,82	-4,78	0,00	0,76	
	Dificuldades na família	1,79	0,71	2,16	0,85	-3,70	0,00	0,50	
SELFCS	Total	3,43	0,55	3,21	0,71	2,71	0,01	0,38	
	Autocrítica	3,33	0,75	3,03	0,85	3,21	0,00	0,39	
	Isolamento Social	3,54	0,82	3,13	0,97	3,65	0,00	0,48	
	Sobreidentificação	3,40	0,82	3,14	0,93	2,53	0,01	0,31	
FSCRS	Eu inadequado	1,14	0,74	1,46	0,80	-3,59	0,00	0,43	
	Eu tranquilizador	2,69	0,85	2,42	0,87	2,65	0,01	0,32	

Nota. *n* = número de sujeitos; *M* = média; *DP* = desvio padrão; *t* = teste *t* de student; *p* = valor de significância; *d* = *d* de Cohen; API = Índice de parentalidade positiva; SCORE-15 = Funcionamento familiar; SELFCS = Escala da autocompaixão; FSCRS = Escala das formas do autocrítico e autotranquilização; BSI = Inventário de sintomas psicopatológicos; ISP = Índice de sintomas positivos.

Com o objetivo de comparar o API, SCORE-15, SELFCS, FSCRS e o BSI entre os diversos grupos das variáveis sociodemográficas faixa etária, tipo de família, relação entre a mãe e o pai, percepção dos rendimentos familiares, habilitações literárias da mãe e a idade dos filhos, realizou-se a análise da variância (ANOVA) seguida do teste de *post-hoc* de Tukey (Tabela 7).

No que respeita à faixa etária, mães com idades compreendidas entre os 50 e os 59 anos experienciam mais dificuldades no seio familiar (*M* = 2,19; *DP* = 0,94), comparativamente com as restantes faixas etárias. De acordo com o teste de *post-hoc* de Tukey, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos.

Relativamente à variável tipo de família foi possível verificar que as mães provenientes de famílias nucleares denotam um maior nível de aceitação parental (*M* = 3,32; *DP* = 0,36). O teste de *post-hoc* de Tukey identificou a existência de diferenças significativas na subescala aceitação, entre as famílias nucleares e as famílias reconstituídas (*p* = 0,01). Por seu lado, as famílias reconstituídas evidenciam menor comunicação familiar (*M* = 3,23; *DP* = 0,60), em comparação com os restantes tipos de família. O teste de *post-hoc* de Tukey permitiu verificar

que não existem diferenças significativas entre as famílias monoparentais e as famílias nucleares e entre as famílias monoparentais e as famílias reconstituídas.

No que concerne à percepção dos rendimentos familiares, famílias com rendimentos baixos possuem no total mais disfuncionalidade familiar ($M = 1,96$; $DP = 0,64$) (nomeadamente, menos recursos familiares $M = 1,82$; $DP = 0,65$, menos comunicação $M = 1,96$; $DP = 0,86$, mais dificuldades $M = 2,12$; $DP = 0,84$), maior pontuação no eu detestado ($M = 0,51$; $DP = 0,77$) e mais sintomatologia psicopatológica ($M = 1,41$; $DP = 0,60$). Famílias com rendimentos médios apresentam maiores níveis de calor/compreensão ($M = 3,34$; $DP = 0,80$) e menos isolamento ($M = 3,53$; $DP = 0,83$). Por sua vez, famílias com rendimentos altos denotam mais autocompaixão total ($M = 3,46$; $DP = 0,63$), mais condição humana ($M = 3,77$; $DP = 0,74$), mais *mindfulness* ($M = 3,70$; $DP = 0,74$) e maior pontuação no eu tranquilizador ($M = 3,00$; $DP = 0,67$), comparativamente com as restantes famílias. De acordo com o teste de *post-hoc de Tukey*, foi possível constatar a presença de diferenças significativas entre o grupo com rendimentos baixos e o grupo com rendimentos altos (aceitação $p = 0,04$; disfuncionalidade total $p = 0,00$; recursos $p = 0,00$; comunicação $p = 0,00$; dificuldades $p = 0,00$; *mindfulness* $p = 0,02$; eu tranquilizador $p = 0,00$; eu detestado $p = 0,03$; sintomatologia psicopatológica $p = 0,02$), entre os grupos com rendimentos considerados baixos e o grupo com rendimentos médios (disfuncionalidade total $p = 0,00$; recursos $p = 0,01$; dificuldades $p = 0,01$; autocompaixão total $p = 0,00$; calor/compreensão $p = 0,00$; isolamento $p = 0,03$; *mindfulness* $p = 0,01$; eu tranquilizador $p = 0,01$; eu detestado $p = 0,04$; sintomatologia psicopatológica $p = 0,00$) e, por fim, entre o grupo com rendimentos considerados médios e o grupo com rendimentos considerados altos (disfuncionalidade total $p = 0,02$; comunicação $p = 0,03$; dificuldades $p = 0,01$).

Relativamente às habilitações literárias, mães com o ensino básico denotam mais disfuncionalidade familiar total ($M = 2,07$; $DP = 0,70$), menos comunicação ($M = 2,29$; $DP = 1,01$) e mais dificuldades familiares ($M = 2,25$; $DP = 0,94$), mães com mestrado ou doutoramento apresentam mais autocompaixão total ($M = 3,49$; $DP = 0,65$), mais calor/compreensão ($M = 3,50$; $DP = 0,78$), mais *mindfulness* ($M = 3,74$; $DP = 0,73$) e mais pontuação no eu tranquilizador ($M = 2,91$; $DP = 0,81$), em comparação com os restantes grupos. Com base no teste de *post-hoc de Tukey* foi possível verificar a existência de diferenças significativas entre: mães com o ensino básico e as que tinham o ensino secundário (eu tranquilizador $p = 0,03$), mães com o ensino básico e as detentoras de licenciatura (calor/compreensão $p = 0,02$; *mindfulness* $p = 0,01$; disfuncionalidade total $p = 0,02$; comunicação $p = 0,00$; dificuldades $p = 0,02$; eu tranquilizador), mães com ensino básico e as

que tinham o mestrado/doutoramento (autocompaixão $p = 0,02$; calor/compreensão $p = 0,00$; *mindfulness* $p = 0,00$; disfuncionalidade total $p = 0,01$; comunicação $p = 0,00$; dificuldades $p = 0,00$; eu tranquilizador $p = 0,00$) e entre as mães com ensino secundário e as que tinham o mestrado (*mindfulness* $p = 0,01$; eu tranquilizador $p = 0,04$). Foi também possível concluir que não existem diferenças significativas entre as mães com o ensino secundário e as que tinham o mestrado/doutoramento.

Por fim, no que respeita à idade do filho, mães com filhos com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos exercem mais controlo parental ($M = 3,53$; $DP = 0,57$) e mães com filhos com idades entre os 15 e os 17 anos denotam maiores níveis de aceitação parental ($M = 3,34$; $DP = 0,37$) e de sintomas psicopatológicos ($M = 1,42$; $DP = 0,65$), em comparação com as restantes mães. No teste de *post-hoc de Tukey* foi possível identificar diferenças significativas entre o grupo dos filhos com 6-10 anos e os grupos com 11-14 anos (aceitação $p = 0,02$) e com 15-17 anos (controlo $p = 0,04$), assim como a não existência de diferenças significativas entre o grupo dos filhos com 4-5 anos e os restantes grupos de idades e entre os grupos com 11-14 anos e com 15-17 anos.

Foram omissas todas as dimensões dos instrumentos que não apresentaram diferenças significativas, podendo estas ser consultadas nos Apêndices D e E.

Tabela 7

Análise das diferenças significativas no API, SELFCS, SCORE-15, FSCRS e BSI em função da faixa etária da mãe, tipo de família, percepção dos rendimentos familiares, habilitações literárias da mãe e a idade do filho.

		Faixa etária da mãe										
		23-35 anos (n = 99)		36-49 anos (n = 313)		50-59 anos (n = 19)						
Instrumentos		M	DP	M	DP	M	DP	F	p	η ²		
SCORE	Dificuldades familiares	1,97	0,88	1,81	0,69	2,19	0,94	3,59	0,03	0,02		
		Tipo de família										
		Monoparental (n = 82)		Nuclear (n = 328)		Reconstituída (n = 21)						
		M	DP	M	DP	M	DP	F	p	η ²		
API	Aceitação	3,26	0,38	3,32	0,36	3,07	0,44	5,23	0,01	0,02		
SCORE	Comunicação na família	1,98	0,91	1,77	0,68	3,23	0,60	3,59	0,03	0,02		
		Percepção dos rendimentos familiares										
		Baixos (n = 107)		Médios (n = 292)		Altos (n = 32)						
		M	DP	M	DP	M	DP	F	p	η ²		
SCORE	Total	1,96	0,64	1,74	0,57	1,44	0,30	11,95	0,00	0,05		
	Comunicação na família	1,96	0,86	1,82	0,72	1,47	0,39	5,42	0,01	0,02		
	Recursos familiares	1,82	0,65	1,58	0,60	1,43	0,36	8,14	0,00	0,04		
	Dificuldades familiares	2,12	0,84	1,82	0,71	1,43	0,46	12,61	0,00	0,06		
SELFCS	Total	3,22	0,62	3,44	0,57	3,46	0,63	5,59	0,00	0,03		
	Calor/Compreensão	3,02	0,91	3,34	0,80	3,21	0,85	5,58	0,00	0,03		
	Condição humana	3,42	0,80	3,59	0,73	3,77	0,74	3,38	0,04	0,02		
	Isolamento Social	3,28	0,92	3,53	0,83	3,45	0,87	3,30	0,04	0,02		
	Mindfulness	3,29	0,81	3,54	0,73	3,70	0,74	5,69	0,00	0,03		
FSCRS	Eu tranquilizador	2,41	0,95	2,68	0,82	3,00	0,67	7,09	0,00	0,03		
	Eu detestado	0,51	0,77	0,34	0,60	0,19	0,35	4,32	0,01	0,02		
BSI	ISP	1,41	0,60	1,19	0,59	1,09	0,55	6,61	0,00	0,03		
		Habilitações literárias da mãe										
		Básico (n = 33)		Secundário (n = 99)		Licenciatura (n = 227)		Mestrado/ Doutoramento (n = 72)				
		M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	F	p	η ²
SCORE	Total	2,07	0,70	1,82	0,62	1,76	0,58	1,60	0,41	5,20	0,00	0,04
	Comunicação na família	2,29	1,01	1,93	0,83	1,77	0,70	1,64	0,53	6,96	0,00	0,05
	Dificuldades familiares	2,25	0,94	1,93	0,81	1,85	0,72	1,65	0,57	5,33	0,01	0,04
SELFCS	Total	3,13	0,43	3,38	0,53	3,39	0,62	3,49	0,65	2,77	0,04	0,02
	Calor/Compreensão	2,82	0,59	3,21	0,83	3,26	0,85	3,50	0,78	5,28	0,00	0,04
	Mindfulness	3,08	0,61	3,38	0,83	3,51	0,73	3,74	0,73	6,83	0,00	0,05
FSCRS	Eu tranquilizador	2,10	0,97	2,57	0,87	2,66	0,82	2,91	0,81	7,35	0,00	0,05
		Idade do filho										
		4 – 5 (n = 112)		6 – 10 (n = 181)		11 – 14 (n = 94)		15 – 17 (n = 44)				
		M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	F	p	η ²
API	Aceitação	3,31	0,29	3,33	0,35	3,19	0,47	3,34	0,37	3,35	0,02	0,02
	Controlo	3,41	0,55	3,53	0,47	3,39	0,62	3,30	0,53	3,45	0,02	0,02
BSI	ISP	1,16	0,54	1,29	0,59	1,14	0,62	1,42	0,65	3,57	0,01	0,02

Nota. n = número de sujeitos; M = média; DP = desvio padrão; F = ANOVA; p = valor de significância; η² = eta quadrado; API = Índice de parentalidade positiva; SCORE-15 = Funcionamento familiar; SELFCS = Escala da autocompaixão; FSCRS = Escala das formas do autocrítico e autotranquilização; BSI = Inventário de sintomas psicopatológicos; ISP = Índice de sintomas positivos.

Discussão e Conclusão

A sociedade atual tem vindo a sofrer alterações nos padrões da família e no funcionamento inerente à mesma (Alboim, 2006; Dias, 2011; Sousa, 2006), o que reforça a pertinência de investigações neste âmbito. Com efeito, o nosso estudo objetivou analisar a relação entre as variáveis aceitação e controlo (dimensões) dos estilos educativos maternos, funcionamento familiar, autocompaixão, autocrítico e sintomas psicopatológicos.

No que concerne às correlações, foi-nos possível concluir que, quanto mais aceitação parental relativamente aos filhos, melhor o funcionamento familiar, mais autocompaixão (nomeadamente, mais calor compreensão, menos autocrítica, mais condição humana, menos isolamento, mais *mindfulness* e menos sobreidentificação), menos autocriticismo (menor sensação de eu detestado e eu inadequado) e maior pontuação no eu tranquilizador materno. O nosso estudo corrobora uma investigação de Hall (2015), que associa um estilo parental autoritativo (envolve estratégias equilibradas de responsividade e exigência) a níveis mais elevados de autocompaixão. Ainda referente aos estilos parentais, na dimensão controlo, identificou-se que quanto menor é o controlo parental pior é o funcionamento familiar (nomeadamente, menos comunicação e menos recursos familiares) e menores são as pontuações do eu tranquilizador. Estes resultados são corroborados num estudo de Irons et al. (2006), em que a vinculação segura se relacionou de forma positiva com a capacidade de se tranquilizar e negativamente com a forma eu inadequado e eu detestado do autocriticismo que, por sua vez, se associou a uma vinculação insegura, pautada pela superproteção parental (controlo excessivo). Nesta continuidade, segundo Page e Bretherton (2001) um estilo educativo autoritativo (caracterizado pelo uso de controlo e aceitação de forma equilibrada) é considerado o estilo que melhor promove uma vinculação segura que, por sua vez, associa-se a um bom funcionamento familiar (Kapanee & Rao, 2007). Assim sendo, é possível concluir que o uso prudente de controlo associa-se a uma vinculação segura (maior capacidade de se autotranquilizar), associando-se assim a um bom funcionamento familiar.

Por sua vez, no nosso estudo quanto pior o funcionamento familiar (nomeadamente, menos comunicação, menos recursos e mais dificuldades) menor é a autocompaixão total, maior é o autocriticismo (pontuações mais elevadas no eu inadequado e no eu detestado) e menor é a sensação do eu tranquilizador. Similarmente, Neff e McGehee (2010) identificaram o funcionamento familiar funcional, o suporte materno e uma vinculação segura como preditores de autocompaixão, ao contrário do que se verificava com o funcionamento familiar disfuncional, mães críticas e uma vinculação insegura.

Destaca-se também no presente estudo que quanto maior é a presença de sintomatologia psicopatológica menor é a aceitação parental e pior é o funcionamento familiar (menos comunicação, menos recursos, mais dificuldades familiares). Neste mesmo sentido, Colletta (1983) refere que a presença de psicopatologia encontra-se associada a uma menor responsividade (aceitação) e envolvimento parental, assim como Dickstein (1998) sublinha que a presença de sintomatologia psicopatológica nas figuras maternas interfere negativamente no funcionamento familiar. Outros estudos vão no mesmo sentido dos resultados encontrados no

nosso estudo (e.g., Adamis, Petmeza, McCarthy, Tsibidaki, & Tsampanli, 2018) que comprovaram a existência de uma forte associação entre disfunção familiar e psicopatologia.

Ainda no que respeita à presença de sintomatologia psicopatológica, na nossa investigação quanto maior é a presença de sintomatologia psicopatológica, menor é a autocompaixão total (menos calor compreensão, mais autocrítica, menos condição humana, mais isolamento, menos *mindfulness*, mais sobreidentificação), maior é o autocriticismo (pontuações mais elevadas no eu inadequado e no eu detestado) e menor é a sensação do eu tranquilizador. Em sentido convergente, é ainda de referir que quando estudamos as diferenças nas principais variáveis em estudo em função da **história psiquiátrica materna**, mães sem história psiquiátrica são menos controladoras na relação com os seus filhos apresentaram mais autocompaixão (evidenciada nos níveis mais elevados de calor/compreensão e *mindfulness* e nos níveis mais baixos de autocrítica, sobreidentificação e isolamento social), menos autocriticismo (pontuações mais baixas no eu inadequado e no eu detestado), pontuações mais elevadas no eu tranquilizador e menos sintomatologia psicopatológica.

Assim, embora nesta amostra o índice de sintomas positivos seja abaixo do ponto de corte que aponta para o desenvolvimento de perturbação emocional, uma maior sintomatologia psicopatológica materna associa-se positivamente ao autocriticismo e negativamente à autocompaixão. Indo ao encontro da literatura (e.g., Gilbert 2004), uma possível justificação prende-se com o facto do indivíduo experienciar tentativas de resposta aos inúmeros pensamentos autocríticos, gerando desta forma uma vulnerabilidade ao aparecimento da psicopatologia. Estes resultados vão assim ao encontro da literatura que defende que a psicopatologia pode estar associada a níveis mais reduzidos de autocompaixão (Neff & McGhee, 2010). Van Dam, Sheppard, Forsyth e Earleywine (2011) identificam mesmo este construto como um preditor significativo na manutenção da saúde mental. No mesmo sentido, Amaral et al. (2010) defendem que o autocriticismo prediz o sofrimento psicológico, estando associado a inúmeras formas de psicopatologia, como também evidenciam os estudos de Gilbert e colaboradores (2001, 2004).

O segundo objetivo deste estudo pretendia analisar as diferenças nas principais dimensões (aceitação e controlo) dos estilos educativos maternos, no funcionamento familiar, na autocompaixão, no autocriticismo e nos sintomas psicopatológicos em função das variáveis: história psiquiátrica da mãe, relação entre a mãe e o pai, faixa etária da mãe, tipo de família, perceção dos rendimentos familiares, habilitações literárias da mãe, e por fim a idade da criança. Partindo da literatura, a idade do filho, a qualidade da relação conjugal, a personalidade

e a presença de alterações psicológicas nos pais são fatores que podem ter impacto no comportamento parental (Gladstone & Parker 2005).

Relativamente à **relação entre os pais**, mães que consideram ter uma relação boa ou muito boa com o pai do seu filho apresentam maior aceitação parental, melhor funcionamento familiar (nomeadamente melhores recursos e comunicação e menores dificuldades familiares), são mais autocompassivas (apresentando menor autocrítica, menos isolamento social e menos sobreidentificação) e menos autocríticas (pontuações mais baixas no eu inadequado) e mais elevadas no eu tranquilizador. Estes resultados assemelham-se com os de um estudo de Neff e Beretvas (2012), com uma amostra de 104 casais que tinha como objetivo avaliar se a autocompaixão está associada a uma relação mais saudável, onde foi possível concluir que os progenitores que evidenciem níveis superiores de autocompaixão mantêm relações mais funcionais.

No que respeita à **faixa etária da mãe**, os resultados apontam para mais dificuldades familiares na faixa etária entre os 50 e os 59 anos de idade. Mães mais velhas poderão ter mais dificuldades familiares porque, de acordo com Fagulha e Gonçalves (2005), o período da meia idade implica uma reestruturação a nível relacional, consigo mesmas e com os outros, como consequência da menopausa, sendo talvez esta a fase que gera mais alterações, quer a nível físico, social e psicológico. Lomônaco et al. (2015) reforçam este pressuposto, concluindo que esta fase poderá gerar dificuldades tanto a nível familiar como profissional.

No que concerne ao **tipo de família**, famílias nucleares denotam maior aceitação parental, já as famílias reconstituídas demonstraram mais problemas a nível comunicacional. A este propósito, Shek, Xie e Lin (2015) postulam que as famílias nucleares apresentam melhores níveis comunicacionais e que os restantes tipos de família apresentam um funcionamento familiar mais pobre. Autores como Berryhill, Harless e Kean (2018) reforçam estes resultados, ao defenderem que um funcionamento familiar flexível associa-se a uma comunicação positiva e, posteriormente, a níveis mais altos de autocompaixão. Refira-se ainda que, de acordo com a literatura, as famílias reconstituídas são também uma consequência de um divórcio que leva a que existam influências a nível das relações parentais, tanto afetivas como comunicacionais (Troxel & Matthews, 2004), pelo que será espectável que haja impacto, ainda que possivelmente temporário, no funcionamento familiar, podendo eventualmente traduzir-se em maior disfuncionalidade familiar.

Autores como Zhang (2012) e Hoskins (2014) defendem que rendimentos económicos mais desfavorecidos têm uma repercussão negativa ao nível emocional e comportamental nos pais, assim como na qualidade da relação entre pai e filho. Estes resultados assemelham-se aos

nossos, onde foi possível verificar que as mães que consideram ter **rendimentos baixos** denotam um pior funcionamento familiar, experienciam mais sentimentos de eu detestado e mais sintomatologia psicopatológica. De forma a justificar estes resultados, Santiago, Wadsworth e Stump (2011) afirmam que os rendimentos baixos geram stresse, podendo este ser gerador de inúmeros problemas, tais como problemas sociais e psicopatologia. Similarmente, Conger e Donnellan (2007) demonstram que a desvantagem socioeconómica tem impacto ao nível emocional, comportamental e relacional, assim como a nível parental. Foi possível também concluir que as mães que percebem ter rendimentos familiares médios evidenciam maiores níveis de calor/compreensão e menor isolamento. Por sua vez, mães com rendimentos altos apresentam mais autocompaixão, condição humana, *mindfulness* e eu tranquilizador. A este propósito um estudo de Chaudhuri, Easterbrooks e Davis (2009), que objetivou estudar de que forma os fatores socioeconómicos têm influência no estilo e sensibilidade parental, defende que os recursos financeiros contribuem fortemente para a sensibilidade parental, referindo também que, por sua vez, pais sensíveis exercem níveis mais altos de responsividade (aceitação), amor e envolvimento. No mesmo sentido, King, Boyd e Thorsen (2015) referem que rendimentos altos podem levar à redução do stresse e à melhoria dos sentimentos de pertença familiar.

No que respeita às **habilitações literárias da mãe**, mães com o ensino básico apresentam um pior funcionamento familiar. Já as mães com uma escolaridade superior (mestrado/doutoramento) denotam mais autocompaixão, calor/compreensão, *mindfulness* e eu tranquilizador, corroborando o estudo de Zhang (2012) que afirma que mães com mais escolaridade conseguem desenvolver formas mais adaptativas de estabelecer relações positivas, sendo também a escolaridade um maior apoio na qualidade do funcionamento familiar.

Relativamente à **idade do filho**, mães com filhos mais novos (6 e os 10 anos) exercem um maior controlo parental. Por sua vez, mães com filhos adolescentes (15 e os 17 anos) apresentam maiores níveis de aceitação parental e sintomatologia psicopatológica. A este respeito Spera (2005) indica que o controlo parental reduz na adolescência, como resultado da necessidade de um aumento da autonomia.

Uma vez discutidos os resultados da presente investigação, torna-se importante refletir sobre as **limitações, vantagens e sugestões resultantes deste trabalho**. No que respeita às limitações, a primeira prende-se com o facto do protocolo de avaliação ser extenso, o que poderá ter influenciado o rigor das respostas e, por consequência, o tamanho da amostra. Outra limitação é o facto de o protocolo ser composto por instrumentos de autorresposta e a amostra

ter sido recolhida maioritariamente *online*, o que não nos permite garantir que foram preenchidos todos os critérios de inclusão e exclusão e, dessa forma, não há a garantia de não ter havido enviesamento da amostra. Outra limitação relaciona-se com o desenho da investigação ser transversal, não permitindo estabelecer relações de causalidade. Também apenas ter acesso à perspetiva das mães, ainda que sendo igualmente uma opção metodológica, pode também ser perspectivada como uma limitação, por não permitir obter uma visão mais ampla do funcionamento de cada família. Por fim, outro aspeto limitador é a existência de poucas investigações com os instrumentos SCORE-15 e API, o que se tornou um entrave à discussão dos resultados. Não obstante, este estudo tem como qualidade o tamanho da amostra ($n = 431$), que permite uma maior robustez nas conclusões.

Sublinhe-se novamente um dos principais resultados do nosso estudo: quanto melhor o funcionamento familiar maior é a aceitação e o controlo maternos, bem como a autocompaixão materna, ao passo que menor é o autocriticismo e a sintomatologia psicopatológica maternos. A este propósito reflita-se que mães mais autocompassivas e menos autocríticas possivelmente conseguem autotranquilizar-se e ter uma atitude mais compreensiva perante experiências familiares de fracasso e em situações dolorosas. Este funcionamento psicológico materno poderá ser reforçado pelo índice de sintomas positivos reduzido, isto é, caso haja a presença de pouca sintomatologia psicopatológica também haverá maior tendência para menor autocriticismo e maior autocompaixão. Neste sentido, estas mães com menor sintomatologia psicopatológica, menos autocríticas e mais autocompassivas poderão ser mais capazes de ativar os níveis de aceitação materna adequados na relação com os seus filhos, fazendo igualmente um uso prudente da punição (controlo), na medida em que esta é uma ferramenta importante para o equilíbrio disciplinar. De igual forma, tal como é evidenciado na literatura (e.g., Neff e Beretvas 2012), podemos considerar que a autocompaixão pode funcionar como um fator significativo no desempenho de ações positivas que impulsionam o desenvolvimento e a manutenção de relações mais saudáveis, onde se incluem as relações familiares, como são exemplo a relação mantida com os filhos.

Por fim, a realização desta investigação permitiu refletir sobre a relevância de desenvolver ou aprofundar alguns temas em estudos futuros. É exemplo a variável tipologia familiar, que nas últimas décadas tem vindo a diversificar-se cada vez mais, em função de novas tendências familiares (e.g., Dias 2011), e que poderá ter impacto ao nível do funcionamento familiar. Uma vez que a nossa investigação apenas contemplou variáveis maternas, prevêem-se como relevantes estudos futuros que reflitam sobre a influência de determinadas variáveis parentais que não foram exploradas no presente estudo, que possam ter impacto no funcionamento

familiar e, conseqüentemente, influência no comportamento parental, tais como a personalidade dos pais (Gladstone & Parker, 2005), informação inerente ao estado de saúde física, bem como estudar de forma mais aprofundada o papel do controle parental (Barber, 1994). Também se considera pertinente futuramente realizar, com base nos dados recolhidos no presente estudo, análises de regressão de forma a explorar os principais preditores do funcionamento familiar e dos estilos educativos maternos.

Apesar das limitações expostas anteriormente, o nosso estudo permite, de uma forma geral, concluir que um pior funcionamento familiar experienciado pelas mães se relaciona positivamente com a probabilidade de existir autocriticismo materno e sintomatologia psicopatológica, ao passo que se destaca uma associação negativa com as dimensões aceitação e controle dos estilos educativos maternos. Ainda constatamos que um estilo educativo materno caracterizado por aceitação associa-se a uma maior autocompaixão materna e a menor autocriticismo e sintomatologia psicopatológica materna. De acordo com a literatura (e.g., Baumrind, 1966; Hall, 2015) um estilo educativo parental pautado pelo equilíbrio da responsividade e da exigência permite desenvolver habilidades de independência, uma visão pessoal realista, assim como a capacidade de não julgar as próprias falhas, aproximando-se esta última ideia à definição subjacente à competência de autocompaixão. Por outro lado, o controle materno associa-se de forma positiva à capacidade de autotranquilização das mães. Embora seja uma perspectiva diferente, Barber (1994) deu um contributo importante sobre o controle, demonstrando que por vezes este pode ser insidioso ao ponto de inibir o desenvolvimento psicológico dos filhos através, por exemplo, do excesso de controle pessoal (e.g., possessividade) e do vínculo pai-filho negativo (e.g., indução de culpa), o que pode conduzir ao aparecimento de problemas internalizados (e.g., ansiedade).

Em conclusão, de modo geral um melhor funcionamento familiar associou-se positivamente a maior aceitação e controle maternos, bem como a maior autocompaixão materna, e negativamente à sintomatologia psicopatológica materna e ao autocriticismo materno. A este propósito, destaca-se a associação positiva da sintomatologia psicopatológica materna com o autocriticismo e negativa com a autocompaixão. Por seu lado, a aceitação materna associou-se positivamente com a autocompaixão materna e negativamente com o autocriticismo e com a sintomatologia psicopatológica materna. Já em relação ao controle materno os resultados não são tão expressivos, visto que apenas se correlacionou com a disfuncionalidade total, com a comunicação familiar, recursos familiares e com o eu tranquilizador. As mães que têm um melhor funcionamento familiar, que são mais autocompassivas e menos autocríticas, provavelmente não têm história psiquiátrica, têm uma

relação boa/muito boa com o pai do filho e têm rendimentos e habilitações literárias mais elevados.

Desta forma, em jeito de reflexão crítica sobre os resultados apresentados, torna-se pertinente ter em consideração as variáveis e os resultados do presente estudo em programas de prevenção e intervenção junto de famílias e jovens, que contemplem as preocupações refletidas nos nossos resultados. Assim sendo, sugere-se o desenho e a implementação de programas baseadas no *mindfulness* (Kabat-Zinn, 2011), na terapia focada na compaixão (Gilbert, 2009), na terapia da aceitação e compromisso (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) e na parentalidade positiva, direcionados a pais e filhos pertencentes a grupos mais vulneráveis.

Referências Bibliográficas

- Adamis, D., Petmeza, I., McCarthy, G., Tsibidaki, A., & Tsampanli, A. (2018). Association of individual psychopathology with family functioning in a Greek nonclinical sample. *Social Work in Mental Health*, 1–14. doi:10.1080/15332985.2018.1503215
- Akhlaq, A., Malik, N. I., & Khan, N. A. (2013). Family communication and family system as the predictor of family satisfaction. *Science Journal of Psychology*, 6.
- Alarcão, M. (2002). *(DES) Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto.
- Alboim, S., (2006). Conjugalidade, afetos e formas de autonomia individual. *Análise Social*, 12(180), 801-825.
- Amaral, V., Castilho, P., & Pinto-Gouveia, J. (2010). *Relação entre auto-criticismo, experiências precoces de subordinação e sintomatologia depressiva na adultez*, pp. 1431-1446.
- Barber, B. K. (1994). Associations between parental psychological and behavioral control and youth internalized and externalized behaviors. *Child Development*, 65(4), 1120-1136.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907. doi:10.2307/1126611
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 4(1,2), 1-103. doi: 10.1037/h0030372
- Baumrind, D. (1978). Parental disciplinary patterns and social competence in children. *Youth & Society*, 238-275. doi:10.1177/0044118X7800900302
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *The Journal of Early Adolescence*, 11(1), 56-95. doi: 10.1177/0272431691111004
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55(1), 83-96. doi: 10.2307/1129836
- Berryhill, M. B., Harless, C., & Kean, P. (2018). College student cohesive-flexible family functioning and mental health: Examining gender differences and the mediation effects of positive family communication and self-compassion. *The Family Journal*, 1-11. doi:10.1177/1066480718807411
- Caníço, H., Bairrada, P., Rodríguez, E., & Carvalho, A. (2010). Novos tipos de família: Plano de cuidados. 57. doi:10.14195/978-989-26-0196-0
- Canavarro, M. C. S., (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – B.S.I. *Testes e Provas em Portugal*, 2, 95-109.
- Carmo, H., e Ferreira, M. M. (2002). *Metodologia da investigação guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta

- Castilho, P., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Auto-compassão: Estudo da validação da versão portuguesa da escala da auto-compassão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica* 54, 203-230.
- Chan, T. W., & Koo, A. (2011). Parenting style and youth outcomes in the uk. *European Sociological Review*, 27(3), 385-399. doi:10.1093/esr/jcq013
- Chaudhuri, J. H., Easterbrooks, M. A., & Davis, C. R. (2009). The relation between emotional availability and parenting style: Cultural and economic factors in a diverse sample of young mothers. *Parenting: Science and Practice*, 9(3-4), 277-299. doi:10.1080/15295190902844613
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Colletta, N. D. (1983). At risk for depression: A study of young mothers. *The Journal of Genetic Psychology: Research and Theory on Human Development*, 142(2), 301-310. doi: 10.1080/00221325.1983.10533521
- Conger, R.D., & Donnellan, M.B. (2007). An interactionist perspective on the socioeconomic context of human development. *Annual Review of Psychology*, 58, 175-199. doi: 10.1146/annurev.psych.58.110405.085551
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487-496. doi: 10.1037/0033-2909.113.3.487
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595-605. doi: 10.1017/S0033291700048017
- Dias, M. O. (2000). A família numa sociedade em mudança: Problemas e influências recíprocas. *Gestão e Desenvolvimento*, 9, 81-102.
- Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e desenvolvimento*. 19, 139 - 156.
- Dickstein, S., Seifer, R., Hayden, L. C., Schiller, M., Sameroff, A. J., Keitner, G., . . . Magee, K. D. (1998). Levels of family assessment: II. Impact of maternal psychopathology on family functioning. *Journal of Family Psychology*, 12(1), 23-40. doi:10.1037/0893-3200.12.1.23
- Fagulha, T., & Gonçalves, B. (2005) Menopausa, sintomas de menopausa e depressão: Influência do nível educacional e de outras variáveis sociodemográficas. *Psicologia [online]*, 19(1-2), 19-38.
- Fernandes, O. M., Alarcão, M., & Raposo, J. V. (2007). *Posição na fratria e personalidade. Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24(3), 297-304. doi: 10.1590/S0103-166X2007000300001
- Field, T., Sandberg, D., Garcia, R., Vega-Lahr, N., Goldstein, S., & Guy, L. (1985). Pregnancy problems, postpartum depression, and early mother-infant interactions. *Developmental Psychology*, 21(6), 1152-1156. doi: 10.1037/0012-1649.21.6.1152
- Gaspar, M., & Alarcão, M. (in press). O ponto de vista dos filhos na avaliação do estilo parental das figuras parentais: O índice de parentalidade autorizada.
- Gladstone, G. L. e Parker, G. B. (2005). The role of parenting in the development of psychopathology: an overview of research using the parental bonding instrument. *Psychopathology and the family*, 1, 23-30. doi: 10.1016/B978-008044449-9/50003-4
- Gilbert, P., Birchwood, M., Gilbert, J., Trower, P., Hay, J., Murray, B., . . . Miles, J. N. (2001). An exploration of evolved mental mechanisms for dominant and subordinate behaviour in relation to auditory hallucinations in schizophrenia and critical thoughts in depression. *Psychological Medicine*, 31, 1117-1127. doi:10.1017/50033291701054093
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 31-50. doi: 10.1348/014466504772812959
- Gilbert, P. (2009). Compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15, 199-208. doi: 10.1192/apt.bp.107.005264

- Gross, H. E., Shaw, D. S., Dishion, T. J., Moilanen, K. L., & Wilson, M. N. (2008). Reciprocal models of child behavior and depressive symptoms in mothers and fathers in a sample of children at risk for early conduct problems. *Journal of Family Psychology*, 22(5), 742-751. doi: 10.1037/a0013514
- Haack, L. M., Jiang, Y., Delucchi, K., Kaiser, N., Mcburnett, K., Hinshaw, S., & Pfiffer, L. (2016). Parental cognitive errors mediate parental: Psychopathology and ratings of child inattention. *Family Process*, 56(3), 716-733. doi: 10.1111/famp.12252
- Hall, J. L. (2015). *An examination into the relationship between self-compassion and parenting styles*. (Master's thesis, East tennessee state university). Retrieved from <https://dc.etsu.edu/honors/283/>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York, NY, US: Guilford press.
- Hobfoll, S. E., & Spielberger, C. D. (1992). Family Stress: Integrating theory and measurement. *Journal of Family Psychology*, 6(2), 99-112. doi:10.1037/0893-3200.6.2.99
- Hoskins, D. (2014). Consequences of parenting on adolescent outcomes. *Societies*, 4(3), 506–531. doi:10.3390/soc4030506
- Irons, C., Gilbert, P., Baldwin, M. W., Baccus, J. R., & Palmer, M. (2006). Parental recall, attachment relating and self-attacking/self-reassurance: Their relationship with depression. *The British Psychological Society*, 45(3), 297-308. doi: 10.1348/014466505X68230
- Jackson, C., Henriksen, L., & Foshee, V. (1998). The authoritative parenting index: Predicting health risk behaviors among children and adolescents. *Health Education & Behavior*, 25(3), 319-337. doi:10.1177/109019819802500307
- Kabat-Zinn, J. (2011). Some reflections on the origins of mbsr, skillful means, and the trouble with maps. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 281-306. doi: 10.1080/14639947.2011.564844
- Kapanee, A. R. M., & Rao, K. (2007). Attachment style in relation to family functioning and distress in college students. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 33(1), 15-21.
- King, V., Boyd, L., & Thorsen, M. (2015). Adolescents' perceptions of family belonging in stepfamilies. *Journal of Marriage and Family* 77(3), 761-774. doi: 10.1111/jomf.12181
- Kopala-Sibley, D. C., Klein, D. N., Perlman, G., & Kotov, R. (2017). Self-criticism and dependency in female adolescents: Prediction of first onsets and disentangling the relationships between personality, stressful life events, and internalizing psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(8), 1029-1043. doi.org/10.1037/abn0000297
- Lomônaco, C., Tomaz, R. A. F., & Ramos, M. O. R. (2015) O impacto da menopausa nas relações e nos papéis sociais estabelecidos na família e no trabalho. *Reprodução & Climatério*, 30(2), 58-66. doi:10.1016/j.recli.2015.08.001
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. *Handbook of child Psychology*, 4, 1-101. New York: Wiley.
- McCubbin, M. A. (1989). Family stress and family strengths: A comparison of single-and two-parent families with handicapped children. *Research in Nursing & Health*, 12(2), 101-1010. doi: 10.1002/nur.4770120207
- Minuchin, S. (1982). *Famílias: funcionamento & tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101. doi: 10.1080/15298860309032
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250. doi:10.1080/15298860390209035
- Neff, K. D., & Beretvas, S. N. (2012). The role of self-compassion in romantic relationships. *Self and Identity*, 12(1), 78-98. doi:10.1080/15298868.2011.639548
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9(3), 225-240. doi:10.1080/15298860902979307

- Page, T., & Bretherton, I. (2001). Mother- and father-child attachment themes in the story completions of pre-schoolers from post-divorce families: do they predict relationships with peers and teachers? *Attachment & Human Development*, 3(1), 1-29. doi:10.1080/14616730122749
- Pallant, J. (2007). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for windows*. England: McGraw-Hill Education – Open University Press.
- Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS*. 5ª Edição. Lisboa: Editora Sílabo.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família*. Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P. e Major, S. (2014). Systemic clinical outcome routine evaluation (score-15). *Avaliação Familiar: Funcionamento e intervenção*, 1, 23-44. doi:10.14195/978-989-26-0839-6
- Santiago, C. D. Wadsworth, M. E. e Stump, J. (2011). Socioeconomic status, neighborhood disadvantage, and poverty-related stress: Prospective effects on psychological syndromes among diverse low-income families. *Journal of Economic Psychology*, 32, 218-230. doi:10.1016/j.joep.2009.10.008
- Shek, D. T. L., Xie, Q., & Lin, L. (2015). The impact of family intactness on family functioning, parental control, and parent-child relational qualities in a chinese context. *Frontiers in Pediatrics*, 2. doi:10.3389/fped.2014.00149
- Shelton, K. H., & Harold, G. T. (2008). Interparental conflict, negative parenting, and children's adjustment: Bridging links between parents' depression and children's psychological distress. *Journal of Family Psychology*, 22(5), 712-724. doi:10.1037/a0013515
- Sousa, J. (2006). As famílias como projetos de vida: O desenvolvimento de competências resilientes na conjugalidade e na parentalidade. *Saber (e) Educar*, 11, 41-47.
- Spera, C. (2005). A review of the relationship among parenting practices, parenting styles, and adolescent school achievement. *Educational Psychology Review*, 17 (2), 125-146. doi:10.1007/s10648-005-3950-1
- Stratton, P., Bland, J., Janes, E., & Lask, J. (2010). Developing an indicator of family function and a practicable outcome measure: The Score. *Journal of Family Therapy*, 32(3), 232-258
- Troxel, M. W., & Mathews, A. K. (2004). What are the costs of marital conflict and dissolution to children's physical health?. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(1), 29-57. doi: 10.1023/B:CCFP.0000020191.73542.b0
- Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 123–130. doi:10.1016/j.janxdis.2010.08.011
- Vilaça, M., Silva, J. T., & Relvas, A. P. (2014). Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation: SCORE15. *Avaliação Familiar: Funcionamento e Intervenção*, 1, 23-41. doi:10.14195/978-989-26-0839-6_1
- Zhang, X. (2012). The effects of parental education and family income on mother–child relationships, father–child relationships, and family environments in the people's republic of china. *Family Process*, 51(4)1-15. doi: 10.1111/j.1545-5300.2011.01380.x